

Р.В. Рахманов

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ
З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ
vagif@rahmanov.dp.ua**Ключові слова:**
психічні розлади,
дитячий церебральний
параліч, батьки.

Стаття присвячена аналізу психічних розладів у батьків, які виховують дітей із дитячим церебральним паралічем. Динамічне спостереження за сім'ями виявило появу у батьків прикордонних тривожних і депресивних розладів, фобічних тривожні, неврастенічних, істеричних та іпохондричних розладів. Скарги на порушення взаємовідносин між батьками та батьками і дитиною, зниження мотивації до народження наступної дитини і розвиток психічних розладів у батьків указують на необхідність надання комплексної психіатричної допомоги хворим дітям та їх батькам.

Актуальність. Реабілітація хворих з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) є однією з найактуальніших і соціально значущих проблем не тільки у нашій країні, а й за кордоном [2, 5, 9]. На сьогодні у більшості країн світу існує тенденція до збільшення числа хворих на ДЦП. Напруга, що виникає у процесі виховання хворої дитини, заважає батькам виконувати свої функції, що стає причиною конфліктів у сім'ях, особистісних розладів самих батьків і руйнування цілісності сім'ї як інституту соціалізації хворої дитини [1, 10]. Труднощі, з якими стикаються батьки дітей із вадами розвитку, найчастіше є причинами їх негативного ставлення до інших членів сім'ї, сучасні дослідження підтверджують висновки про пряму залежність ставлення батьків до дітей від особливостей їх особистості, життєвого досвіду і, меншою мірою, від особливостей дітей [3, 4, 6–8].

У зв'язку із соціальною значимістю цієї проблеми актуальними є дослідження психічних розладів у батьків, які виховують дітей з ДЦП, розробки технологій психологічної їх підтримки та створення програми комплексного психологічного супроводу і корекції даних розладів.

Мета дослідження: вивчення психічних розладів не-психотичного рівня у батьків, які виховують дітей з ДЦП.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням перебували 24 дитини із ДЦП (8 дівчат і 16 хлопчиків) та їх батьки (24 матері, 22 батьки). Комплексне обстеження батьків проводилося за уніфікованою картою, у них, згідно з дослідними діагностичними критеріями МКХ-10, були діагностовані психічні розлади, структуру яких оцінювали за Симптоматичним опитувальником Александровича, а рівень тривожних і депресивних реакцій додатково підтверджували за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS). Визначали соціальний і психологічний статус хворих дітей і батьків, стиль виховання, участь кожного з батьків у вихованні

і причини його відхилення з метою розуміння характеру виникнення та прогресування психічних розладів у батьків.

Тривалість захворювання, а також догляду за хворим на момент звернення за спеціалізованим лікуванням та обстеженням в середньому становила 3–6 років ((5,6±0,5) років), лише в одному випадку тривалість захворювання і догляду склала 17 років. У 95,9% дітей діагноз ДЦП встановлено у перший рік життя, а неврологічні розлади у 62,5% виявлені з перших днів народження. На думку батьків, причиною захворювання у дітей були: психоемоційне навантаження і токсикози вагітних (20,8%), перинатальна гіпоксія і асфіксія при тяжких пологах (20,8%), пологова травма (16,6%), передчасні пологи (12,5%). У 2 дітей симптоми ДЦП проявились після геморагічного інсульту або перенесеної ГРВІ в перший рік після народження. У 16,6% сімей причину розвитку захворювання не встановлено. У дітей виявлено виражену затримку психічного і мовного розвитку, моторні розлади різного ступеня, розлади уваги і слуху. Усі хворі діти пройшли 1–3 курси медикаментозного лікування (магне В₆, пантокальцин, ноофен, цераксон, цереброкурин, нікотинова кислота, актовегін, кортексин, кавінтон, нейромультівіт), фізіотерапевтичне, санаторно-курортне лікування. Детальний аналіз психічного і неврологічного стану хворих дітей наведено у таблиці 1. Психічних розладів у батьків в анамнезі не виявлено.

Результати та їх обговорення

Аналіз взаємин у сім'ях, що виховують дітей з ДЦП, засвідчив формування у батьків поведінки гіперопіки та гіперпротекції, які характеризувалися необхідністю збільшення затрат часу, сил і уваги на вихованні власної дитини. У деяких сім'ях догляд за хворим ставав сенсом усього життя, що є показником прояву любові до дитини при тяжкому хронічному захворюванні і головним чином було характерне для матерів.

Таблиця 1. Клінічна характеристика дітей, хворих на дитячий церебральний параліч

Психоневрологічний стан дітей, хворих на ДЦП		Кількість хворих (n=24)	
		Абс.	%
Час появи захворювання	З народження	15	62,5
	До 1 року	8	33,3
	До 3 років	1	4,1
Тривалість догляду за хворим	До 5 років	14	58,3
	5–10 років	9	37,5
	Більше 10 років	1	4,1
Причина захворювання	Психоемоційне навантаження, токсикоз під час вагітності	5	20,8
	Перинатальна гіпоксія, асфіксія	5	20,8
	Пологова травма	4	16,6
	Передчасні пологи	3	12,5
	Тяжкі пологи	3	12,5
	Пренатальна гіпоксія	1	4,1
	Крововилив у мозок	1	4,1
	Вроджена вада ЦНС	1	4,1
	ГРВІ	1	4,1
	Причина не встановлена	4	16,6
ДЦП		24	100,0
Затримка психо-мовного розвитку		18	75,0
Геміпарез, тетрапарез		6	25,0
Транзиторні дисоціативні аутичного кола розлади		2	8,3
Невротичні стани		1	4,1
Синдром затримки уваги і гіперактивності		1	4,1

Батьки страждали на емоційні і психосоматичні розлади, зміни моделей поведінки подружжя, виникнення почуття провини стосовно хворої дитини, появу епізодів гніву і агресії.

Сам факт звернення батьків за допомогою свідчить про усвідомлення ними стану і характеру життя дитини, благополуччя всієї родини та особистого страждання. Проте батьки часом не розуміють справжнього характеру і змісту захворювання, а в деяких сім'ях відмічено самонавіювання потенційно позитивного результату лікування або повного вилікування.

У різні періоди розвитку захворювання дитини обоє батьків або один з них, як правило мати, переживали виражений дистрес, що спровокувало невротичні реакції у вигляді депресії, тривоги, агресивності, роздратованості, страху, безсоння, вегетативних розладів, рідше – втрати мотивації до вирішення повсякденних проблем, народження наступної дитини.

Ролі батьків чітко розділялися: матері більше часу проводили з дитиною, лишали роботу та професійний розвиток для догляду за хворою дитиною, а батьки концентрувалися на роботі, не лише з метою вирішення фінансових і матеріальних проблем, але і для уникнення конфліктних епізодів у спілкуванні між собою. Разом з тим, майже усі матері висловлювали бажання, щоб чоловіки брали більшу участь в емоційній сфері дитини і подружжя. Провідну роль у вихованні дитини відігравали матері у 45,8% сімей, матері із батьками у 20,8% сімей, обидва батьки із залученням бабусь у 33,3% випадках, лише бабусі у 4,1% сімей. Чоловік, як

основний доглядач і вихователь, не відігравав основної ролі у цьому процесі.

Догляд за дитиною емоційно складним був для 50,0% матерів та 86,3% батьків. У половині сімей основний догляд за хворим взяла на себе мати, у третині сімей у догляді за дитиною брали участь мати і батько із частим залученням бабусі. Батько як самостійний доглядач не відігравав ключової ролі в жодній із сімей.

У взаємовідносинах між батьками відмічено фіксацію на захворюванні, що стало їх особистісним нещастям. Тема хвороби дитини не зникла навіть при тривалих і затяжних епізодах депресивних розладів у батьків. Постійними реакціями були страх і тривога перед неясним результатом захворювання, його непередбачуваними наслідками, почуття безпорадності, і, як наслідок, втрата мужності і розвиток депресивних станів. У батьків виникали реакції агресії в ситуаціях емоційного напруження, спровокованих обговоренням та вирішенням проблем фізичного та психічного розвитку дитини, яка часто безпідставно поширювалися на оточуючих. Це, в свою чергу, спричиняло виникнення і загострення конфліктів у сім'ї. На епізодичні конфлікти скаржились 45,8% матерів і 59,1% чоловіків, на постійні сімейні сварки 12,5% і 27,3% батьків, конфлікти, орієнтовані на хвору дитину, провокували 4,1% матерів і 9,1% чоловіків.

Гіркота, біль, страх за дитину мали епізоди проєкції роздратованості батьків на лікаря, що ускладнювалося ще й тим, що у них могли бути різні точки зору на стан дитини на етапах лікування та підхід до його тактики.

Тому у стосунках між батьками і лікарем існувала потенційна небезпека виникнення конфліктних ситуацій. У таких випадках подружжя, як правило, не зверталось за професійною психологічною допомогою, намагаючись знайти вихід у вживанні алкоголю (4,1% матерів і 18,1% чоловіків) і курінні (8,3% матерів і 13,6% чоловіків). Це викликало подружні сварки, згорання соціальних зв'язків, що зрештою негативно впливало як на взаємини батьків, так і на емоційний стан хворого та якість його лікування. Як видно із таблиці 2, жінки частіше за чоловіків мали психічні розлади, відповідні скарги на стан здоров'я і життя.

З появою ознак затримки психічного, мовного і моторного розвитку дитини більшість батьків, боячись докорів, починали уникати один одного. Після

встановлення у дитини діагнозу ДЦП у подружжя погіршувалися сексуальні стосунки, аж до повного їх припинення (як правило впродовж декількох тижнів), а в деяких випадках період відновлення мав досить тривалий термін.

Під час багаторазових етапів лікування зареєстровано 2 розлучення, що підтверджує надзвичайно важливу спеціальну значущість психологічного супроводу психологом або лікарем-психотерапевтом батьків, які виховують дітей, хворих на ДЦП.

Разом з тим, між батьками хворої дитини і лікарем можуть встановлюватися довірчі взаємини. Прихильність до лікаря у батьків на психологічному рівні зберігалася навіть після виписки і часто слугувала чинником мотивації до наступних етапів лікування.

Таблиця 2. Соціальна та психологічна характеристика батьків дитини, хворої на дитячий церебральний параліч

Соціальний та психологічний стан батьків		Мати (n=24)		Батько (n=22)	
		%	Абс.	%	Абс.
Вік	26–30	6	25,0	5	22,7
	31–35	10	41,6	9	40,9
	36–40	4	16,6	4	18,1
	41–50	4	16,6	4	18,1
Освіта	Середня	11	45,8	8	36,3
	Вища	13	54,1	14	63,6
Стаж роботи	до 10 років	3	12,5	5	22,7
	10–19	5	20,8	6	27,2
	20–29	5	20,8	8	36,3
	30–40	1	4,1	1	4,5
	Не працює	10	41,6	2	9,1
Сімейний стан	Одружені	22	91,6	20	90,9
	Розлучені	2	8,3	2	9,1
Сімейні стосунки	Спокійні, доброзичливі	9	37,5	5	22,7
	Конфлікти епізодичні	11	45,8	13	59,1
	Конфлікти постійні	3	12,5	2	27,3
	Конфлікти з дитиною	1	4,1	2	9,1
Труднощі, викликані доглядом за дитиною	Емоційні	12	50,0	19	86,3
	Фізичні	4	16,6	-	-
	Емоційні і фізичні	8	33,3	3	13,6
Матеріальний стан сім'ї	Середній	22	91,6	20	90,9
	Вище середнього	2	8,3	2	9,1
Куріння		2	8,3	3	13,6
Вживання алкоголю		1	4,1	4	18,1
Скарги на стан здоров'я	Поверхневий сон/безсоння	8	33,3	4	18,1
	Загальна слабкість	7	29,1	3	13,6
	Розлади артеріального тиску, гіпертензія	8	33,3	3	13,6
	Запаморочення	3	12,5	-	-
	Втрата мотивації і настрою	10	41,7	-	-
	Часті головні болі	11	45,8	2	9,1
	Сонливість	18	75,0	-	-
	Страх	12	50,0	10	45,4
	Швидка втомлюваність	10	41,6	2	9,1
	Зниження пам'яті, неухважність	11	45,8	9	40,9
	Дратівливість	17	70,8	15	68,2

Ситуація ускладнювалася, якщо в сім'ї, крім хворого, були здорові діти. Народження хворої дитини або розвиток хвороби у перший рік життя різко знизило мотивацію планування наступних дітей, тому в нашому дослідженні всі обстежені хворі діти були єдиними або молодшими у сім'ї. Складний психологічний клімат у сім'ї вплинув і на поведінку старших дітей та ставлення до них батьків. Як правило, один із батьків (частіше мати) фіксував усю свою увагу на хворій дитині, а другий (частіше батько чи бабуся з дідусем) – займався здоровою дитиною. В інших сім'ях обидва батьки фіксували увагу на хворій дитині, а здорова дитина залишалась без достатньої психологічної та емоційної уваги. Рідше батько втрачав зацікавленість у вихованні хворої дитини і виконував лише формальну роль чоловіка і голови сім'ї. У таких родинах старші здорові діти невротизувалися, ставали дратівливими, агресивними, схилилися до девіантної поведінки.

У батьків часто виникали психогенні депресивні розлади, як реакція на тяжке захворювання дитини і неспроможність нормалізувати стосунки між членами родини. Почуття внутрішньої порожнечі, самотності, втрати радості від життя поєднувалися з пригніченістю, безнадійністю, супроводжувалися вегетативними розладами, безсонням і плаксивістю. Із розвитком хвороби у багатьох батьків відмічали поглиблення депресії, загострення пригніченості, поступово прогресувало почуття провини. Тривога і роздратованість поширювалися на події, що не мали безпосереднього стосунку до захворювання дитини.

Дослідження батьків за Симптоматичним опитувальником Александровича (табл. 3) засвідчило формування у них психічних розладів неспсихотичного рівня. Домінуючими психічними розладами були фобічні, тривожні (поява епізодів страху і жаху, F40.9), неврастенічні, депресивні, істеричні та іпохондричні (F41.2, F60.4) розлади. Особливістю їх клінічних проявів було домінування стійкої тривоги, яка не обмежувалась зовнішніми обставинами. Вони були пов'язані із психотравматичними ситуаціями внаслідок усвідомлення тяжкого хронічного стану хворої дитини і малою можливістю вплинути на характер перебігу ДЦП та лікування.

Рівень і характер прояву психічних розладів дещо відрізнявся у чоловіків і жінок (табл. 4–8). Матері частіше і більшою мірою мали реакції страху і фобій, в основі яких була тривога за стан здоров'я хворої дитини і перебіг її лікування ((21,0±2,6) балів у жінок і (16,6±3,0) балів у чоловіків). Встановлені тривожно-депресивні розлади і реакції, депресивні епізоди легкого ступеня без психотичних симптомів (F32.0, F32.2), що підтверджені також за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS). Для батьків з невротичними розладами (F45.2) типовими були думки про можливі загрозливі обставини, що становлять небезпеку як для самих хворих дітей, так і для батьків і близьких родичів, а також неспроможність контролювати події і ситуації на достатньому рівні.

Психастенічні розлади у батьків виникали з початку розвитку захворювання дитини і проявлялися нерішучістю, загостреними переживаннями, «душевною слабкістю». При цьому у батьків на тлі пролонгованих депресивних розладів розвивалися порушення адаптації

(F43.2), що ускладнювало комунікацію між членами сім'ї і стало причиною конфліктів і епізодів агресії по відношенню один до одного.

Таблиця 3. Рівень психічних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічом

Показник	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Симптоматичний опитувальник Александровича		
Жах, фобії	21,0±2,6	16,6±3,0
Депресивні розлади	16,4±2,3	16,4±2,0
Занепокоєння, напруження	18,2±2,1	19,6±2,6
Порушення сну	10,8±1,9	14,2±1,9
Істеричні розлади	16,5±1,7	17,2±1,9
Неврастенічні розлади	21,1±2,0	8,8±1,7*
Сексапільні розлади	6,8±1,5	2,4±0,4
Дереалізація	7,8±1,7	4,4±1,2
Нав'язливість	8,8±1,1	13,4±1,3
Труднощі в соціальних контактах	4,4±0,7	7,4±1,3
Іпохондричні розлади	10,1±10,2	8,0±2,1
Психастенічні порушення	10,2±1,2	8,0±1,3
Соматичні порушення	51,7±8,4	45,8±7,8
Сума балів за шкалою	204,9±25,0	183,6±24,0
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)		
Тривога	8,2±0,9	8,2±0,7
Депресія	7,1±1,0	5,6±0,7

Примітка. * – p<0,05.

Таким чином, зміст тривожних переживань у батьків з невротичними розладами загалом однотипний, мова йде про ступінь інтенсивності наявних симптомів, який виявився вищим у жінок. У симптоматичному профілі переважали скарги на фобічні розлади, астеничний компонент (підвищена стомлюваність, відчуття слабкості, млявості), когнітивні порушення (труднощі в концентрації, зосередженні уваги, зниження швидкості мислення, зниження пам'яті), тенденції іпохондрії, а також тривожно-депресивні розлади (в тому числі короткотермінові реакції тривоги і тривалі прояви депресії).

Стан хворої дитини, особистісні риси батьків, сімейні розлади і нерозуміння або неспроможність батьків вплинути на лікування дитини з ДЦП є джерелом психічних розладів неспсихотичного рівня подружжя, впливу на взаємовідносини із хворими і здоровими дітьми. Все це вимагає відповідних індивідуальних і сімейних психотерапевтичних підходів до лікування та реабілітації дітей, хворих на ДЦП.

Висновки

1. Батьки дітей з ДЦП мають пограничні психічні розлади, які безпосередньо пов'язані з затримкою психічного, мовного і моторного розвитку дитини.

2. Основним проявом психічних розладів у батьків є гіперпротекція і гіперопіка над хворим, фіксація подружніх відносин на хворій дитині, страх, тривога і невпевненість, зниження зацікавленості в подружніх стосунках, втрата мотивації до народження наступної дитини.

Таблиця 4. Характеристика фобічних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем

Твердження шкали Александровича	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Жах і фобії		
1. Страх, постійно з'являється під час перебування на балконах, мостах, на висоті	1,7±0,4	2,2±0,4
4. Постійне почуття безпричинної тривоги	3,9±0,2	2,6±0,4
21. Страх або інші неприємні переживання, що постійно виникають, коли навколо немає людей (наприклад, в порожній квартирі)	2,2±0,4	0,0±0,0*
24. Паралізуючий незрозумілий страх, що робить неможливою будь-яку дію	0,5±0,3	0,8±0,3
41. Страх, який постійно виникає при перебуванні в рухомому транспорті	0,5±0,3	0,0±0,0
44. Напади панічного жаху	1,7±0,4	1,8±0,5
61. Страх, що з'являється завжди під час перебування на відкритому просторі, наприклад, на великій площі	0,0±0,0	0,0±0,0
71. Страх і (або) інші неприємні переживання, що з'являються тільки під час перебування в закритих приміщеннях	0,0±0,0	0,0±0,0
81. Почуття страху, що виникає при перебуванні в натовпі	0,7±0,4	0,0±0,0
84. Необгрунтоване почуття небезпеки, загрози	2,0±0,5	2,6±0,4
101. Сильний страх предметів, тварин або місць, боятися яких немає причини	0,0±0,0	0,8±0,3
104. Почуття тривоги, занепокоєння перед якимись подіями, зустрічами	4,3±0,09	3,4±0,3
121. Тривога за близьких людей, яким насправді ніщо не загрожує	2,6±0,4	2,8±0,5
124. Страх, що з Вами щось станеться, або Ви самі зробите собі що-небудь жакливе (наприклад, вистрибнете з вікна, або відбудеться якась катастрофа)	0,9±0,3	0,8±0,3

Примітка. * – p<0,05.

Таблиця 5. Характеристика депресивних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем

Твердження шкали Александровича	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Депресивні розлади		
2. Почуття смутку, пригніченості	3,9±0,4	3,2±0,3
22. Сильне почуття провини, самозвинувачення	2,7±0,3	2,8±0,5
42. Втрата віри у свої сили	3,8±0,4	2,4±0,4
62. Бажання покінути з собою	0,4±0,2	0,8±0,3
75. Відчуття, ніби Ви гірші за інших людей	3,1±0,4	2,4±0,4
82. Песимізм, передчуття невдач і провалів у майбутньому	1,2±0,5	2,4±0,4
122. Почуття, що Ви гірші, ніж інші люди	1,3±0,4	2,4±0,4

Таблиця 6. Характеристика істеричних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем

Твердження шкали Александровича	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Істеричні розлади		
5. Часті сльози	2,9±0,5	0,8±0,3*
25. Глибоке, інтенсивне переживання неприємних подій	4,6±0,1	3,8±0,4
45. Схильність до сильних, глибоких переживань	2,8±0,5	4,0±0,4
65. Неможливість стримувати свої почуття, незважаючи на наслідки	2,0±0,4	3,8±0,3*
85. Несподіване бурхливе переживання радості, щастя, екстазу	1,3±0,4	0,8±0,3
105. Почуття, що Вас недооцінюють	2,0±0,4	2,4±0,4
125. Почуття, що оточуючі не цікавляться Вами і Вашими справами	0,9±0,3	1,6±0,4

Примітка. * – p<0,05.

Таблиця 7. Характеристика неврастенічних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем

Твердження шкали Александровича	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Неврастенічні розлади		
6. Почуття втоми, слабкості після пробудження вранці, минає впродовж дня	3,9±0,2	1,6±0,4*
26. Погіршення пам'яті	3,6±0,4	0,8±0,3*
46. Відчуття, ніби мислення значно ускладнене і менш ясне, ніж зазвичай	2,1±0,4	0,8±0,3*
66. Труднощі в концентрації, зосередженні уваги	2,2±0,4	0,0±0,0*
72. Повільність рухів і думок, апатія	1,5±0,5	1,6±0,4
86. Постійне відчуття втоми	2,4±0,5	2,4±0,4
102. Нестача сили або енергії в будь-якій діяльності	2,1±0,4	0,8±0,3
106. Зниження швидкості мислення, втрата кмітливості	3,3±0,3	0,8±0,3*

Примітка. * – p<0,05.

Таблиця 8. Характеристика іпохондричних розладів у батьків, які виховують дітей з ДЦП

Твердження шкали Александровича	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Іпохондричні розлади		
17. Виявлення у себе ознак різних серйозних захворювань	2,3±0,5	2,0±0,5
37. Дії і процедури, які забирають багато часу (ритуали), метою яких є уникнення хвороби	0,7±0,4	0,0±0,0
57. Постійна концентрація уваги на тілесних функціях (наприклад, на роботі серця, пульсі, травленні)	0,5±0,3	1,0±0,4
77. Побожування за своє здоров'я (страх захворіти на яке-небудь серйозне захворювання)	3,6±0,4	3,2±0,6
97. Почуття, що Ви хворі на якусь тяжку хворобу, що загрожує Вашому життю	1,5±0,5	1,0±0,4
117. Невизначені, блукаючі болі	1,5±0,5	0,8±0,3

3. Симптоматичний профіль психічних розладів не-психотичного рівня у батьків, що виховують дітей з ДЦП, включає тривожно-депресивні, невротичні та істеричні розлади з епізодами страху, фобії й іпохондрії. У зв'язку з цим комплекс лікування та реабілітації дітей з ДЦП повинен включати психотерапію батьків.

Список використаної літератури

1. Красильникова Е. Д. Психологические особенности семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического здоровья / Е. Д. Красильникова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2012. – № 2. – С. 29–35.
2. Симонова Т. Н. Современные подходы к изучению нарушений психического развития дошкольников с тяжелыми двигательными нарушениями / Т. Н. Симонова. – СПб.: Издательство РГПУ, 2008. – 127 с.
3. Устинов Н. В. Программа психосоциальной реабилитации родителей детей, больных детским церебральным параличом / Н. В. Устинов, К. К. Яхин // Казанский медицинский журнал. – 2003. – Т. 84, № 1. – С. 44–47.
4. Barlow J. H. Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy / J. H. Barlow, L. A. Cullen-Powell, A. Cheshire // Early Child Development and Care. – 2006. – Vol. 176. – P. 421–428.
5. Levy-Zaks A. Cerebral palsy risk factors and their impact on psychopathology / A. Levy-Zaks, Y. Pollak, H. Ben-Pazi // Neurol. Res. – 2014. – Vol. 36 (1). – P 92–94.
6. Musculo-skeletal pain, quality of life and depression in mothers of children with cerebral palsy / K. Kaya, S. Unsal-Dellalioglu, N. KutayOrdu-Gokkaya [et al.] // Disability and Rehabilitation. – 2010. – Vol. 32. – P. 1666–1672.
7. Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross-sectional survey / J. Parkes, B. Caravale, M. Marcelli [et al.] // Developmental Medicine And Child Neurology. – 2011. – Vol. 53. – P. 815–821.
8. Quality of life and mental health among parents of children internationally the influence of self-efficacy and coping strategies / N. Guillamón, R. Nieto, M. Pousada [et al.] // J. Clin. Nurs. – 2013. – Vol. 22 (11–12). – P. 1579–1590.
9. Stability of executive functioning measures in 8-17-year-old children with unilateral cerebral palsy / A. M. Piovesana, S. Ross, K. Whittingham [et al.] // Clin. Neuropsychol. – 2015. – Vol. 29 (1). – P. 133–149.
10. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers / E. Davis, A. Shelly, E. Waters [et al.] // Child: Care, Health and Development. – 2010. – Vol. 36. – P. 63–73.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Р.В. Рахманов

Статья посвящена анализу психических расстройств у родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом. Динамическое наблюдение за семьями показало появление у родителей пограничных тревожных и депрессивных расстройств, фобических тревожных, неврастенических, истерических и ипохондрических расстройств. Жалобы родителей на нарушенные взаимоотношений между родителями и родителями с ребенком, снижение мотивации к рождению следующего ребенка и развитие психических расстройств у родителей указывают на необходимость оказания комплексной психиатрической помощи больным детям и их родителям.

Ключевые слова: психические расстройства, детский церебральный паралич, родители.

MENTAL DISORDERS IN PARENTS RAISING CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

R. Rakhmanov

This article analyzes psychiatric disorders in parents raising children with cerebral palsy. Dynamic observation families showed the appearance border anxiety and depressive disorders, phobic anxiety disorders, neurasthenic, hysterical and hypochondriacal disorder in parents. Complaints parents on violated relationship between parents and parents with a child, reduced motivation to birth next child and development mental disorders in parents indicate the need for comprehensive mental health care to sick children and their parents.

Key words: psychiatric disorders, cerebral palsy, parents.