

Т. Г. Ветрила, канд. мед. наук, М. В. Маркова, д-р мед. наук
Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)

О ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ СОСТОЯНИЕМ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, И ИХ ДЕТЕЙ

Рождение в семье ребенка с нарушениями в развитии — проблема, затрагивающая все стороны жизни, вызывающая сильные эмоциональные переживания родителей и близких родственников. По данным исследователей, рождение ребенка с задержкой психического развития (ЗПР) неизбежно влечет за собой родительский кризис [1, 2]. Длительность психического стресса, который испытывают родители, приводит в ряде случаев к возникновению у них психических расстройств, психосоматических заболеваний, а также — нарушению функционирования семьи.

Между тем, нарушения семейного взаимодействия оказывают негативное влияние на психическое состояние ребенка, растущего в дисфункциональной семье: экспертами ВОЗ убедительно доказано, что нарушения психического здоровья гораздо чаще отмечаются у детей, живущих в условиях семейного разлада [3].

Таким образом, образуется порочный круг взаимопотенцирующих негативных воздействий, реализующихся в рамках семьи.

Однако в современной научной литературе отсутствуют систематизированные данные как о взаимовлиянии состояния семейных отношений и психического здоровья родителей, воспитывающих ребенка с ЗПР, так и о влиянии семейных отношений на состояние такого ребенка.

Учитывая вышесказанное, целью данной работы было изучение взаимосвязи между состоянием семейных отношений и психического здоровья родителей, воспитывающих ребенка с ЗПР, и их детей.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Евпаторийской городской психиатрическо-наркологической больницы проведено изучение 200 семей, в которых воспитывается ребенок с ЗПР.

У 82 % детей диагностированы нарушения кластера F 8 — расстройство психологического развития, у 18 % — кластера F 7 — умственная отсталость.

Распределение обследованных супругов по возрасту представлено в таблице 1: большинство обследованных женщин были в возрасте от 23 до 39 лет, а мужчин — от 30 до 49 лет.

Таблица 1

Распределение обследованных супругов по возрасту, % ± m

Возраст, лет	Обследованные, n = 200	
	женщины	мужчины
23—29	30 ± 4,6	15 ± 3,6
30—39	50 ± 5,0	50 ± 5,0
40—49	15 ± 3,6	30 ± 4,6
50—59	5 ± 2,2	5 ± 2,2

Одного ребенка воспитывали 30 % семей, двоих — 25 %, троих — 20 %; более трех детей было у 25 % обследованных семей. Во всех семьях только один ребенок страдал отклонением в развитии.

Собственное жилье имело значительное число обследованных, остальные проживали совместно с родственниками, в основном с родителями мужа или жены.

Все семьи были социально адаптированными. Уровень образования обследованных супругов иллюстрирован данными табл. 2, из которых следует, что большинство из них имели среднее и среднее специальное образование, однако около половины мужчин и 42,5 % женщин — высшее образование.

Таблица 2

Образовательный уровень обследованных, % ± m

Образование	Обследованные, n = 200	
	женщины	мужчины
Среднее	32,5 ± 4,7	19,5 ± 4,0
Среднее специальное	25,0 ± 4,3	31,5 ± 4,6
Высшее	42,5 ± 4,9	49,0 ± 5,0

По давности брака преобладали семьи со стажем супружеской жизни от 11 до 20 лет.

82 ± 3,8 % семей (164) отмечали наличие напряженности в семейных отношениях, семейных конфликтов, длящихся от 2—3 дней до нескольких недель, приводящих к озлоблению и эмоциональному отчуждению супругов. В большинстве случаев начало возникновения супружеских конфликтов и ухудшение взаимоотношений в семье имело временную привязку к моменту установления у ребенка диагноза нарушения психического развития. Выявленная дифференциация позволила разделить обследованные семьи на две группы — основную (164 семьи) и сравнения (36 семей).

При изучении прочности брака были получены данные, подтвердившие правильность разделения обследованных на две группы (табл. 3).

Таблица 3

Прочность брака обследованных супружеских пар, % ± m

Параметры прочности брака	Основная группа, n = 164		Группа сравнения, n = 36	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Думали о разводе	86,6 ± 3,4	73,8 ± 4,4	—	—
Делали попытки развестись	13,4 ± 3,4	26,2 ± 4,4	—	—
Не допускали мысли о разводе	—	—	100,0	100,0

Из таблицы 3 видно, что ни один из членов семей группы сравнения не допускали и мысли о возможности развода, в то время как среди обследованных основной группы 86,6 % женщин и 73,8 % мужчин думали о разрыве брака, а 13,4 % женщин и 26,2 % мужчин даже делали такие попытки.

Таким образом, анализ социально-демографических характеристик обследованных супругов выявил однородность основных показателей, что стало основанием для вывода о гомологичности основной и контрольной групп, релевантности полученных данных и репрезентативности результатов исследования.

Психическое состояние супругов исследовали с помощью клинико-психопатологического метода. Путем проведения структурированного интервью в соответствии с критериями раздела V «Психические расстройства» МКБ-10 диагностировали патологию психической сферы. Процедура обследования включала развернутое клиническое интервью с анализом психического состояния, анамнестических данных. При этом учитывались синдромальные и нозологические характеристики. Оценивались также условия манифестации психопатологической симптоматики, фиксировалась их длительность, учитывались особенности динамики. Обязательно обращали внимание на выраженность (1 — слабо, 2 — средне, 3 — сильно) и частоту (1 — редко, 2 — средне, 3 — часто) проявлений той или другой психопатологической симптоматики. Для комплексной оценки по каждому из пунктов использовался интегральный показатель (ИП), служивший характеристикой выраженности и частоты психического расстройства.

Патопсихологическую почву к развитию невротической готовности устанавливали с помощью объективизации уровня личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) (по методике Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина) и депрессивного реагирования (по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге) [3]; количественную оценку психопатологических

нарушений осуществляли с помощью психометрического шкалирования с использованием стандартизированных объективных рейтинговых шкал: квантифицированной шкалы MADRS для оценки депрессии (HDRS) и клинической шкалы тревоги Кови (CAS) [4].

Уровень психического развития (УПР) и психоэмоциональное состояние детей оценивали в два этапа. Сначала использовали методику непрямо́й экспресс-диагностики УПР ребенка [5] и шкалу выявления признаков тревожности ребенка Г. П. Лаврентьевой, Т. М. Титаренко [6]. Затем проводили исследование с помощью проективной методики «Рисунок человека», разработанной К. Махвер на основе теста Ф. Гудинафа с целью определения индивидуальных особенностей личности [7]. Для дифференциации генеза тревожного состояния ребенка использовали проективную методику «Изучение понимания детьми своего эмоционального состояния», используемую для диагностики эмоционального состояния детей с задержкой психического развития [8].

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью системы управления базами данных MS Access v.8 for Windows 95, программы MS Excel v.8.0.3. и программы SPSS 10.0.5 for Windows.

Изучение психического состояния находившихся под нашим наблюдением супругов позволило установить наличие психопатологической симптоматики у 100 % женщин и 26,8 % мужчин основной группы (табл. 4). У супругов группы сравнения нарушений психического здоровья не выявлено.

Нозологическая структура психических нарушений, выявленных у супругов основной группы, представлена в табл. 5.

Таблица 4

Состояние психического здоровья обследованных супругов, % ± m

Состояние психического здоровья	Основная группа, n = 164		Группа сравнения, n = 36	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Расстройства настроения F 30—39	40,9 ± 4,9	12,8 ± 3,3	—	—
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F 40—48	59,1 ± 4,9	14,0 ± 3,5	—	—
Психические и поведенческие расстройства отсутствуют	—	73,2 ± 4,4	100,0	100,0

Таблица 5

Нозологическая структура психических нарушений у супругов основной группы, % ± m

Нозология	Основная группа, n = 164	
	женщины	мужчины
Легкий депрессивный эпизод F 32.0	9,8 ± 3,0	2,4 ± 1,5
Депрессивный эпизод средней степени F 32.1	8,5 ± 2,8	—
Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени F 33.0	6,7 ± 2,5	—
Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени F 33.1	4,9 ± 2,2	—
Дистимия F 34.1	11,0 ± 3,1	10,4 ± 3,0
Специфические (изолированные) фобии F 40.2	10,4 ± 3,0	—
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F 41.2	20,1 ± 4,0	12,2 ± 3,3
Пролонгированная депрессивная реакция F 43.21	5,5 ± 2,3	—
Смешанная тревожная и депрессивная реакция F 43.22	3,7 ± 1,9	1,8 ± 1,3
Ипохондрическое расстройство F 45.2	12,2 ± 3,3	—
Неврастения F 48.0	7,3 ± 2,6	—
Всего	100,0	26,8 ± 4,4

При расстройствах настроения (депрессивном эпизоде и рекуррентном депрессивном расстройстве) наблюдались сниженное настроение, утрата интересов и удовольствия, снижение энергичности, следствием которого были повышенная утомляемость и уменьшение активности (выраженная утомляемость даже отмечалась при незначительном усилии). Кроме того, имели место проявления когнитивного дефицита (в виде пониженной способности к сосредоточению и вниманию), неуверенность в себе и снижение самооценки, идеи своей виновности в заболевании ребенка (даже при легком типе эпизода), мрачное и пессимистическое видение будущего, нарушения сексуальности, аппетита и сна.

Дистимия у больных проявлялась постоянно сниженным настроением с признаками невротической или хронической тревожной депрессии. В дистимию включались хроническая тревожная депрессия, депрессивный невроз и невротическая депрессия длительностью более 2-х лет. При этом соотношение между периодами легкой депрессии и относительно нормального состояния варьировало в широких пределах.

Специфические (изолированные) фобии, приобретенные в результате травматического переживания болезни ребенка, выражались у женщин в страхе развода, вследствие чего они могли остаться с больным ребенком «один на один». Они испытывали постоянный иррациональный страх перед возможной потерей супруга, старались избегать любых конфликтных обстоятельств, могущих, по их мнению, вызвать недовольство мужа. При этом избегающее поведение сопровождалось тревогой и заметно нарушало ход жизни пациенток, затрудняя выполнение ими семейных, социальных, профессиональных и других функций. Любой супружеский конфликт вызывал у них ярко выраженный, устойчивый чрезмерный и неоправданный страх. При возникновении угрожающей, по их мнению, ситуации у них возникали психические и соматовегетативные проявления тревоги (трудность концентрации внимания, покраснение лица, тахикардия, подташнивание, затрудненное дыхание, учащенное мочеиспускание и т. д.), что еще более ухудшало выполнение социальных действий и затрудняло и без того сложные межличностные отношения.

При смешанном тревожном и депрессивном расстройстве в клинической картине пациенток имели место симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являлись отчетливо доминирующими.

Расстройства адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции, а также смешанной тревожной и депрессивной реакции проявлялись в виде состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующих социальному функционированию и продуктивности обследованных женщин. Больные жаловались на депрессивное настроение, тревогу, беспокойство; чувство невозможности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; снижение продуктивности в ежедневных делах. Описанная симптоматика возникала у женщин на фоне имеющейся стрессовой жизненной ситуации (которую отмечали все обследованные с данной нозологией) и наблюдалась от месяца до шести у пациенток со смешанной тревожной и депрессивной реакцией и

не более двух лет — у страдающих пролонгированной депрессивной реакцией.

Ипохондрическое расстройство у пациенток характеризовалось постоянной озабоченностью своим здоровьем, убежденностью в наличии у них тяжелого соматического заболевания, и даже нескольких, причем с прогрессирующим течением. Больные прислушивались ко всем своим ощущениям и неизменно истолковывали их как патологические, болезненные симптомы, свидетельствующие о нарушении функции внутренних органов или систем организма. Убежденность в своей болезни или болезнях вызывала у женщин постоянный дискомфорт, нередко усугубляла имеющуюся у них микросоциальную и социальную дезадаптацию, вынуждала постоянно обращаться за медицинской помощью или добиваться обследований. При этом они упорно отказывались принять заверения врачей в отсутствии какой-либо физической причины для предъявления жалоб.

Неврастения проявлялась двумя типами, которые имели много общего. При первом типе основным симптомом являлись жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, частые проявления снижения профессиональной продуктивности или эффективности в повседневных делах. Умственная утомляемость обычно описывалась как неприятное вмешательство отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, невозможность сосредоточиться и непродуктивное мышление. При другом типе основным являлись физическая слабость и истощаемость после минимальных усилий, сопровождающиеся чувством боли в мускулах и невозможность расслабиться. При обоих типах обычными являлись и другие неприятные физические ощущения, такие как головокружение, тензионные головные боли и чувство общей неустойчивости. Обычно была также озабоченность по поводу умственного и физического неблагополучия, раздражительность, ангедония и чувство подавленности и тревожности. Часто встречались нарушения начальных и промежуточных фаз сна.

При детальном анализе психопатологической симптоматики у супругов основной группы установлено следующее (табл. 6).

Так, у женщин выявлено большее среднее количество симптомов у одного пациента (18,1), чем у мужчин (11,0), хотя эти отличия и не являются статистически достоверными. Установлена также разница в средней интенсивности одного симптома (среди женщин — 3,4; у мужчин — 1,9).

В клинической картине психопатологической симптоматики у женщин основной группы доминировали следующие симптомы:

- раздражительная слабость (ИП = 5,11),
- повышенная психическая утомляемость (ИП = 5,00),
- тревога (ИП = 5,00),
- эмоциональная лабильность (ИП = 5,00),
- повышенная физическая утомляемость (ИП = 4,58),
- неадекватно пониженное настроение (ИП = 4,56),
- грусть, печаль (ИП = 3,74),
- нарушения засыпания (ИП = 3,44),
- психическая гиперестезия (ИП = 2,56),
- нарушения глубины и длительности сна (ИП = 2,44).

Таблиця 6

Сравнительный анализ клинического содержания психопатологических нарушений у супругов основной группы

Синдром	Симптом	Средняя выраженность в баллах	
		женщины, n = 164	мужчины, n = 164
Астенический	Повышенная физическая утомляемость	4,58 ± 1,00**	1,21 ± 0,82
	Повышенная психическая утомляемость	5,00 ± 1,66**	2,44 ± 1,66**
	Раздражительная слабость	5,11 ± 2,57**	2,84 ± 2,57**
	Психическая гиперестезия	2,56 ± 1,86**	2,20 ± 2,61
	Соматическая гиперестезия	2,56 ± 1,86	1,44 ± 2,56
Аффективный	Неадекватно пониженное настроение	4,56 ± 1,86**	2,86 ± 1,86
	Неадекватно повышенное настроение	0,50 ± 0,11	1,10 ± 0,19
	Идеаторная и моторная заторможенность	2,67 ± 1,81	2,56 ± 1,42
	Идеаторная и моторная ускоренность	1,28 ± 1,69	1,50 ± 0,50
	Апатия	2,67 ± 1,81	1,67 ± 1,81
	Грусть, печаль	3,74 ± 1,04**	2,67 ± 2,04
	Тревога	5,00 ± 2,37**	3,58 ± 1,00
	Суточные колебания настроения	2,62 ± 1,81	1,58 ± 1,81
	Эмоциональная лабильность	5,00 ± 2,37*	3,10 ± 2,37*
	Суицидальные мысли, тенденции	1,29 ± 0,36*	0,37 ± 0,36
Обсессивный	Навязчивые мысли	2,11 ± 2,50	1,96 ± 2,50
	Навязчивый счет	0,89 ± 1,73	0,84 ± 0,75
	Навязчивые действия	0,44 ± 0,75	0,42 ± 0,38
	Ритуалы	0,84 ± 0,75	0,89 ± 1,73
	Дисморфофобии	0,11 ± 0,28	0,11 ± 0,28
	Навязчивые воспоминания	1,89 ± 2,71	2,00 ± 2,71
	Фобии	3,44 ± 1,86*	1,76 ± 1,16
Диссоциативный/конверсионный	Истерические параличи, парезы, контрактуры	0	0
	Демонстративность жалоб	0,11 ± 0,28	0,11 ± 0,28
	Истерический «ком»	0,67 ± 1,71	0,67 ± 1,71
	Истерический тремор	1,44 ± 1,86	1,26 ± 1,86
	Истерические нарушения чувствительности	0,22 ± 0,57	0,22 ± 0,57
Сенесто-ипохондрический	Фиксированность на собственном здоровье	1,28 ± 1,69	2,00 ± 0,50
	Сенестопатии	0,33 ± 0,60	0,33 ± 0,60
Вегетативный	Нарушения засыпания	3,44 ± 1,86*	1,28 ± 1,69
	Нарушения глубины и длительности сна	2,44 ± 1,86*	1,42 ± 1,69
	Сонливость днем	1,00 ± 1,65	1,10 ± 1,65
	Пониженное АД	0,11 ± 0,08	0
	Повышенное АД	1,43 ± 0,37	5,10 ± 2,37
	Головная боль	3,00 ± 1,22	3,24 ± 1,22
	Головокружения	1,50 ± 0,50	1,20 ± 0,50
	Кардиалгии, дизритмии	1,50 ± 0,50	1,88 ± 0,50
	Нарушения аппетита	2,00 ± 1,00	1,00 ± 1,00
	Диспепсические расстройства	0,33 ± 0,28	1,28 ± 0,28

Примечание: ** — p < 0,01; * — p < 0,05

В целом, у пациенток основной группы преобладали аффективный, астенический и вегетативный синдромы.

У мужчин преобладали повышенная эмоциональная лабильность (ИП = 3,10), раздражительная слабость (ИП = 2,84) и психическая утомляемость (ИП = 4,44).

При изучении патопсихологической невротической готовности с помощью психодиагностики с применением методик Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина и Зунге (в адаптации Т. И. Балашовой), установлено следующее.

Среди супругов группы сравнения приблизительно в равной мере были выражены низкий (50 ± 5,0 % мужчин и 36,1 ± 4,8 % женщин) и средний (50 ± 5,0 % мужчин и 63,9 ± 4,8 % женщин) уровни ЛТ (рис. 1). Для супругов основной группы выявилось характерным преобладание среднего уровня ЛТ у мужчин (70,1 ± 4,6 %) и высокого (55,5 ± 5,0 %) — у женщин (рис. 2).

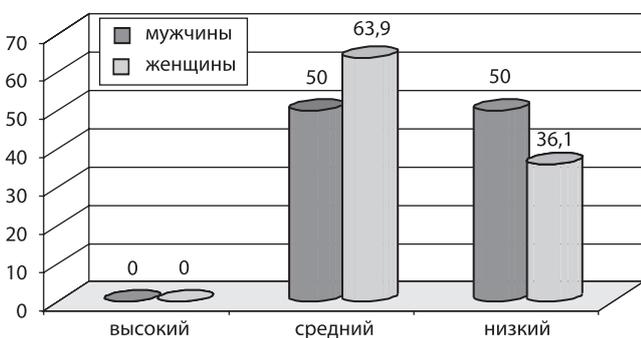


Рис. 1. Распределение уровня личностной тревожности у супругов группы сравнения, %

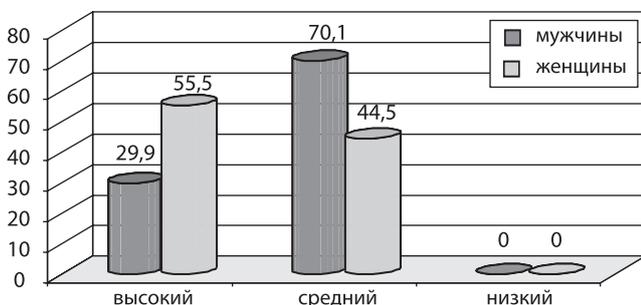


Рис. 2. Распределение уровня личностной тревожности у супругов основной группы, %

Уровень РТ также распределялся между низким (41,7 ± 4,9 % мужчин и 22,2 ± 4,2 % женщин) и средним (58,3 ± 4,9 % мужчин и 77,8 ± 4,2 % женщин) (рис. 3).

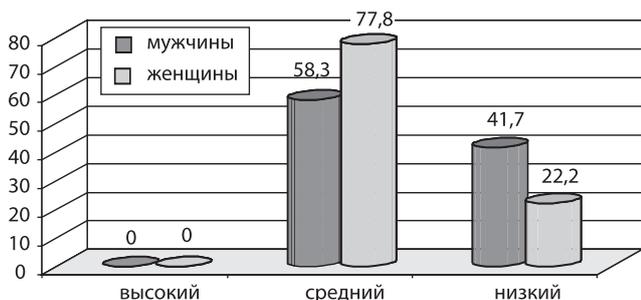


Рис. 3. Распределение уровня реактивной тревожности у супругов группы сравнения, %

У мужчин основной группы установлена диссоциация между доминирующим уровнем ЛТ и РТ с преобладанием высокого его уровня (72,6 ± 4,5 %). У женщин основной группы распределение высокого и среднего уровней РТ было конгруэнтным с ЛТ (54,9 ± 5,0 и 45,1 ± 5,0, соответственно) (рис. 4).

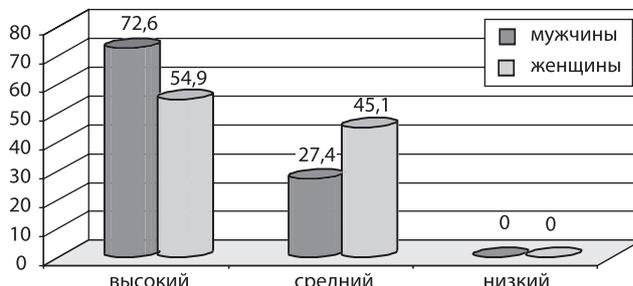


Рис. 4. Распределение уровня реактивной тревожности у супругов основной группы, %

Склонность к депрессивному реагированию по данным самооценки обследованных диагностирована у части женщин основной группы: ситуативная депрессивная реакция выявлена у 27,4 ± 4,5 % пациенток, маскированная — у 24,4 ± 4,3 % (рис. 5). У остальной части обследованных депрессивного реагирования не установлено.



Рис. 5. Уровень депрессивного реагирования по данным самооценки у супругов основной группы, %

Полученные с помощью методики Зунге субъективные данные вошли в противоречие с результатами объективного клинико-психопатологического исследования, а также изучения психического состояния супругов с помощью клинической шкалы оценки наличия и тяжести депрессии MADRS (рис. 6). Так, по данным шкалы MADRS, 22,6 ± 4,2 % мужчин основной группы испытывали симптоматику, трактуемую как «легкий депрессивный эпизод» (что соответствовало F 32.0, F 34.1, F 41.2, F 43.22). Среди женщин основной группы у 13,4 ± 3,4 % установлена симптоматика, отвечающая «умеренному депрессивному эпизоду» (что соответствовало F 32.1 и F 33.1) и у 67,7 ± 4,7 % — «легкому депрессивному эпизоду» (что отвечало остальным психопатологическим проявлениям (см. табл. 5)).

Таким образом, при анализе выраженности депрессивной симптоматики установлено наличие диссоциации между самооценкой супругами основной группы своего состояния и реальной клинической картиной.

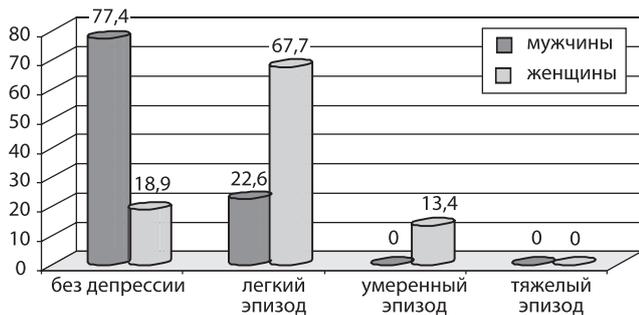


Рис. 6. Выраженность психопатологических симптомов по шкале MADRS у супругов основной группы, %

Анализ выраженности тревожной симптоматики, которая определялась с помощью клинической шкалы Кови (CAS), выявил наличие симптомов тревоги у $41,7 \pm 4,9$ % мужчин и $72,2 \pm 4,5$ % женщин группы сравнения (рис. 7), а также у $97,6 \pm 1,5$ % мужчин и $41,5 \pm 4,9$ % женщин основной группы (рис. 8). Истинное тревожное состояние диагностировано у $2,4 \pm 1,5$ % мужчин и $58,5 \pm 4,9$ % женщин из дисфункциональных семей.

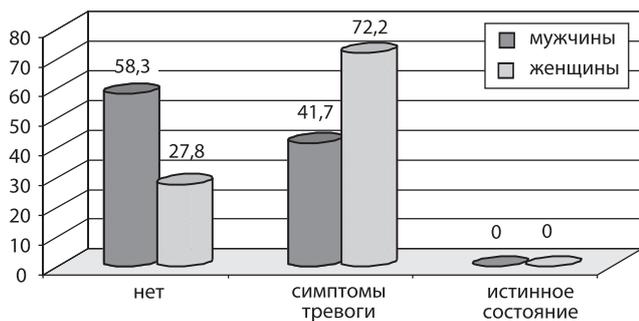


Рис. 7. Выраженность психопатологических симптомов по шкале CAS у супругов группы сравнения, %

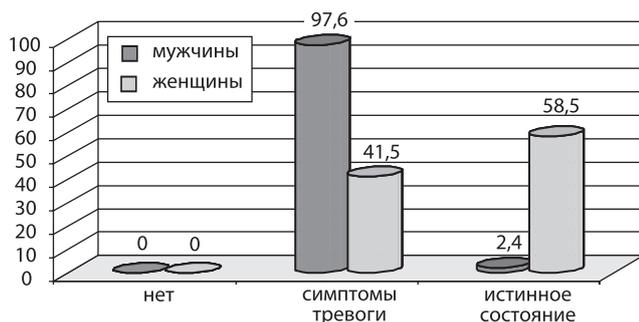


Рис. 8. Выраженность психопатологических симптомов по шкале CAS у супругов основной группы, %

Таким образом, в результате исследования установлено, что у 100 % женщин из дисфункциональных семей, в которой воспитывается ребенок с нарушением психического развития, имеют место психические и поведенческие расстройства: у 40,9 % — аффективные, у 59,1 % — невротические, связанные со стрессом и соматоформные. Кроме того, расстройства настроения установлены у 12,8 %, а невротические, связанные со

стрессом — у 14,0 % мужчин из вышеуказанных семей. К тому же, у супругов основной группы диагностирована патопсихологическая готовность к невротическому реагированию, а также наличие диссоциации между самооценкой своего состояния и реальной клинической картиной.

При изучении состояния психического здоровья детей с ЗПР, в зависимости от состояния функциональности семей, в которых они воспитываются, установлено, что у всех обследованных детей имело место снижение УПР (по сравнению с нормой): в обеих группах не был отмечен ни очень низкий, ни высокий УПР. Для детей из основной группы среднее значение УПР составило 5,83 балла, а для детей из группы сравнения — 5,66 балла.

Однако при сравнении наличия признаков тревожности выявлены существенные различия между детьми обеих групп. Так, у детей основной группы выявлены высокая ($57,9 \pm 4,9$ %) и средняя ($42,1 \pm 4,9$ %) тревожность, тогда как среди детей группы сравнения преобладала низкая тревожность (100 %) (рис. 9).



Рис. 9. Количественное распределение признаков тревожности у детей обеих групп (%)

Анализ данных исследования с помощью теста «Рисунок человека» К. Махвер позволил установить, что по уровню развития дети обеих групп достоверно не отличались друг от друга (табл. 7). Усредненные количественные показатели оценки рисунка во всех возрастных диапазонах снижены по сравнению с нормой у детей обеих групп.

Таблица 7

Усредненные значения показателей уровня развития ребенка по данным теста «Рисунок человека» (очки-баллы)

Возраст	Основная группа	Группа сравнения	Норма
6 лет	10,2	10,23	14
7 лет	14	13,9	18
8 лет	17,8	17,9	22
9 лет	21,8	22	26

Кроме того, для детей обеих групп оказалось характерным изображение непропорционально большой головы (это было связано с ослаблением интеллектуальных способностей, в результате чего значение этой части тела для ребенка возрастало и большая голова выступала в таком случае как выражение стремления

компенсировать недостающее), а также нечеткое изображение носа (нос в виде одной вертикальной линии или точки) или же его полное отсутствие (что также указывало на наличие интеллектуальной недостаточности).

Однако дети основной группы в основном рисовали маленькие фигуры, занимающие лишь маленькую область доступного пространства, в нижней части листа, что свидетельствовало о наличии чувства незащищенности, тревожности, депрессии, угнетенности, подавленности. Напротив, дети из группы сравнения рисовали размашисто, занимая рисунком большее пространство листа; у всех оказалась заполненной верхняя часть листа, что говорило о наличии у них оптимизма и развитого чувства безопасности. В рисунках детей основной группы на большом непропорциональном лице выделялись большие глаза с прорисованными зрачками или без зрачков, но с заштрихованными склерами, что, как известно, является символом тревоги и страха. В целом, в работах этих детей был выражен элемент штриховки — встречалась штриховка всей нарисованной фигуры, или же ее части (лицо, верхняя или нижняя части, область гениталий). У некоторых встречалась штриховка солнца. Наличие штриховки было свидетельством подавленности, тревоги, ощущения себя несчастливым.

Кроме того, необходимо отметить достоверную разницу в доминирующих цветовых предпочтениях, выявленную у детей различных групп. Так, среди детей основной группы преобладал выбор ахроматических цветов (по М. Люшеру), что указывало на наличие отчужденности, чувства тревоги и беспокойства, в отличие от детей из группы сравнения, отдавших предпочтение хроматическим, с преобладанием зеленого и синего, цветов.

Таким образом, результаты исследования с помощью теста «Рисунок человека» показали наличие достоверных различий в психоэмоциональном состоянии детей основной и сравнительной групп: дети из группы сравнения были оптимистичны и испытывали чувство безопасности, в то время как для детей из основной группы были характерны состояния незащищенности, тревоги, депрессии, угнетенности и подавленности.

При анализе результатов теста «Изучение понимания детьми своего эмоционального состояния», используемого для дифференциации генеза тревожного состояния ребенка, выявлено следующее. Дети из группы сравнения в большинстве случаев рисовали ситуации радости, а обследованные из основной группы в основном изображали негативные эмоции, в частности, их состояние во время семейных ссор и скандалов. Необходимо также отметить преобладание в их работах негативной цветовой гаммы, маленькую величину и схематичность рисунка, что подтвердило преобладание у них тревожного эмоционального фона настроения, наличие чувства отверженности, покинутости, враждебности, связанное с дисфункциональностью и негативной психологической атмосферой в семье.

Таким образом, результаты изучения психического состояния обследованных супругов дают основание считать, что сам факт наличия в семье ребенка с нарушением психического развития не является патогенным

в отношении психического здоровья членов адаптированной, нормально функционирующей семьи. Наличие психических нарушений у членов семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, находится в зависимости от успешности семейных отношений и прочности брака обследованных. Так, наличие дисфункциональности семьи в сочетании с воспитанием ребенка с ограниченными возможностями, способствует формированию у супругов, особенно у женщин, невротических и аффективных расстройств депрессивного, тревожно-депрессивного и тревожно-фобического спектра.

Кроме того, проведенное исследование не выявило достоверной взаимосвязи между уровнем психического развития ребенка с задержкой психического развития и функциональностью семьи. Однако установлено наличие взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием ребенка с ЗПР и функциональностью семей, в которых они воспитываются. Так, негативное психоэмоциональное состояние с преобладанием тревоги, депрессии, угнетенности и подавленности, чувства незащищенности, отверженности и покинутости, выявлено у детей, растущих в дисфункциональных семьях, в то время как дети из семей с благоприятной психологической атмосферой отличались оптимистичным эмоциональным фоном и преобладанием чувства защищенности.

Вышесказанное позволяет сделать вывод о необходимости разработки и внедрения в практику комплексной системы медико-психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития, включающей мероприятия, направленные на укрепление здоровья семьи и повышение успешности семейного функционирования. Такой комплексный подход даст возможность как поднять эффективность реабилитации детей, так и повысить качество жизни родителей детей с нарушением психического развития.

Список литературы

1. Майрамян, Р. Ф. Особенности невротических расстройств в семьях умственно отсталых детей / Р. Ф. Майрамян // III Всероссийский съезд невропатологов и психиатров : тез. докл. ; под ред. В. М. Банщикова, Н. М. Шибанова. — М., 1974. — Т. 2. — С. 295— 297.
2. Психология семьи и больной ребенок : учебное пособие : Хрестоматия / Авторы-сост. И. В. Добряков, О. В. Защиринская. — СПб. : Речь, 2007. — 400 с.
3. Практическая психодиагностика (методики и тесты) ; под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара : Бахрах, 1999 — 672 с.
4. Подкорытов В. С. Депрессии (Современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков : Торнадо, 2003. — 350 с.
5. Мясоед, П. А. Методика непрямої експрес-діагностики рівня психічного розвитку дошкільників / П. А. Мясоед // Вопросы психологии. — 1996. — № 2. — С. 130—136.
6. Шкала выявления признаков тревожности ребенка / Г. П. Лаврентьева, Т. М. Титаренко // <http://www.psy-files.ru/mat/metodiki-dlya-detey/378-anketa-po-vyjavleniju-trevozhnosti-u.html>.
7. Тест «Рисунок семьи» / К. Тейлор // Психологические тесты и упражнения для детей : книга для родителей и воспитателей. — М., 2005.
8. Фади́на, Г. В. Диагностика и коррекция задержки психического развития детей старшего дошкольного возраста : уч.-метод. пособие / Г. В. Фади́на. — Балашов : Николаев, 2004. — 68 с.

Надійшла до редакції 25.06.2009 р.

Т. Г. Ветрила, М. В. Маркова

Щодо взаємозв'язку між станом сімейних відносин та психічного здоров'я батьків, які виховують дитину із порушенням психічного розвитку, та їх дітей

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

На основі дослідження 200 сімей, які виховують дитину із затримкою психічного розвитку, встановлено, що порушення психічного здоров'я у вигляді розладів депресивного, тривожно-депресивного або тривожно-фобічного спектра, мають місце у 100 % жінок та 26,8 % чоловіків із порушенням внутрішньо-сімейних стосунків, на відміну від гармонійних сімей, серед яких порушень психічного здоров'я не виявлено. Також встановлена наявність взаємозв'язку між психоемоційним станом дитини з порушенням психічного розвитку і функціональністю сімей, в яких вони виховуються. Так, негативний психоемоційний стан з переважанням тривоги, депресії, пригніченості, відчуттям незахищеності знедоленості і покинутості, виявлено у дітей, зростаючих в дисфункціональних сім'ях, тоді як діти з сімей із сприятливою психологічною атмосферою відрізнялися оптимістичним емоційним фоном і переважанням відчуття захищеності. Зроблено висновок про необхідність подальшого вивчення феномену функціонування сім'ї, що виховує дитину з порушенням психічного розвитку, на основі чого стане можливою розроблення та впровадження комплексної системи медико-психологічної реабілітації таких сімей.

T. G. Vetryla, M. V. Markova

In relation to intercommunication between the state of families relations and mental health of parents which educate child with violation of psychical development, and their children

*Kharkiv medical academy of postgraduate education
(Kharkiv)*

In work the resulted to the analysis of the state of mental health of members families, which educate a child with violation of psychical development were given. It is set that violation of mental health in depressed or to the anxious-depressive spectrum, take place in 100 % women and 26,8 % men with violation of families relations, unlike harmonious families, what violations of mental health it was not discovered. The also set presence of intercommunication is between the psychoemotional state of child with violation of psychical development and functionality of families which they are educated in. Negative psychoemotional state with predominance of alarm, depression, depression, feeling of unscreenedness of deprived of one's share, it is discovered for children, growing's in dysfunctional families, while to put from families with a favourable psychological atmosphere differed an optimistic emotional background and predominance of feeling of protected. A conclusion about the necessity of development and introduction of the complex system of medical-psychology rehabilitation of such families is done.

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

В. О. Діхтяр

КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер» (м. Бердянськ)

РІВЕНЬ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЯК ОСНОВА ПСИХОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

За даними ВООЗ, на шизофренію страждають близько 1 % населення планети. Поширеність шизофренії серед населення складає 8,2 на 1000 осіб: серед жінок — 8,44, чоловіків — 7,94. За даними літератури, щорічна захворюваність на параноїдну шизофренію складає 17 на 10 тис. населення (WHO, 2006). В Україні показник захворюваності на шизофренію складає близько 22,2 на 10 тис. населення [1].

Враховуючи наведене, одним з провідних напрямків сучасної психіатрії є вивчення стану соціального функціонування (СФ) пацієнтів з шизофренією та розроблення шляхів його покращання. В Україні різні аспекти СФ хворих на параноїдну шизофренію вивчалися В. М. Кузнєцовим (1993) [2], С. В. Пхіденко (1997) [3], О. О. Фільцем (1999) [4], І. Й. Влох (2001) [5]. На теперішній час проблеми СФ та адаптації психічнохворих активно розробляються Л. М. Юр'євою (2002, 2005) [6, 7], Н. О. Марутою (2006) [8], В. А. Абрамовим (2006, 2007) [9, 10], В. Я. Пішелем (2007) [11, 12], Г. А. Прібом (2002, 2007) [13—15] та ін.

За даними науковців, СФ хворих на параноїдну шизофренію є низьким, зі швидким руйнуванням соціальних зв'язків, контактів з близькими, втратою навиків самообслуговування [14—16].

Одним з напрямів вивчення феномену СФ у дослідженнях сучасної західної психіатрії є розроблення поняття якості життя (ЯЖ), яке є перспективним під час оцінки ефективності лікувально-реабілітаційних заходів. У загальному розумінні цього терміну, ЯЖ — це можливість індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно своєму становищу та отримувати задоволення від життя.

Медичні аспекти ЯЖ розглядаються як сприйняття хворим життєвих змін, пов'язаних із хворобою, рівнем добробуту, загальним задоволенням від життя [17].

Між тим, незважаючи на багатогранність вивчення проблеми параноїдної шизофренії, аспекти зміни рівня СФ хворих у суспільстві під впливом лікувальних, зокрема, психотерапевтичних, заходів, залишаються недослідженими. Так, незважаючи на відкриття нейролептиків у 50-ті роки ХХ століття, що значно полегшило процес лікування шизофренії, проблема психотерапевтичної оптимізації рівня СФ та ЯЖ пацієнтів й по теперішній час стоїть вкрай гостро. На сьогоднішній день не викликає сумніву, що найбільш ефективним підходом в цьому напрямку є комплексна психофармакологічна та психотерапевтична допомога. Психотерапевтичні заходи зарекомендували себе як необхідна складова лікувально-реабілітаційного процесу та продовжують інтенсивно розвиватися й удосконалюватися [18—20].

На значення психотерапії в лікуванні психозів вказували ще такі відомі психіатри як С. С. Корсаков (1911), Ю. В. Каннабіх (1934), пізніше — радянські та російські — М. М. Кабанов (1985) [цит. за 21], А. Б. Холмогорова [22—24], Д. В. Вид [25], С. Н. Енікополов [26] та вітчизняні вчені — О. С. Чабан [21] та Б. В. Михайлов [27].

В. А. Абрамов та його послідовники підкреслюють, що психотерапія має бути істотним елементом процесу лікування хворих на шизофренію, який визначає рівень їх СФ, соціальної адаптації та ЯЖ [9, 28, 29].

Б. В. Михайлов та В. В. Чугунов (2009) наголошують на необхідності введення в стандарт терапії шизофренії системного принципу терапевтичної компетентності,