

ної психотерапії. Труднощі на цьому не закінчуються. Прийняті в теорії, описані в підручниках і монографіях т. зв. класичні типи і форми пограничних психічних розладів у клінічній реальності виявляються рідкісними, значно поступаючись змішаним. У цій роботі акцент зроблено саме на детальному описі нових підтипів і підваріантів, використовуючи старі класичні моделі.

**Ключові слова:** конверсійні, тривожно-фобічні, характер, акцентуація, розлад особистості, змішання симптомів, особливості терапії.

called classical types and forms of border mental disorders described in textbooks and monographs in clinical reality are rare, much rarer than mixed. The emphasis is made on the detailed description of new subtypes and subvariants using old classical models.

**Key words:** conversion, anxious-phobic, character, accentuation, personality disorder, confusion of symptoms, peculiarities of therapy.

УДК 616.89; 615.851



## ПСИХІЧНИЙ СТАН БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ (КЛІНІКО-ПСИХІАТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Р. В. Рахманов

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України  
КЗ «Дніпропетровська клінічна психоневрологічна лікарня» ДОР

**Анотація.** У статті досліджували характер формування психічних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем, затримкою психічного та мовного розвитку. Визначено психічні та поведінкові реакції батьків на діагноз дитини, описано специфіку клінічних та психологічних проявів патопсихічних розладів протягом виховання, догляду та лікування дитини. Відокремлено поведінкові риси стану тяжкого горя у гострому періоді догляду за дитиною; депресивні, фобічні, тривожні та іпохондричні розлади, особливо у перші роки розвитку захворювання. На основі отриманих даних, що відображають механізми формування психопатологічних розладів у батьків, пропонується надання диференційованої комплексної психіатричної допомоги батькам на етапах лікування неврологічних розладів дитини з дитячим церебральним паралічем.

**Ключові слова:** психічний стан батьків, поведінкові розлади, дитячий церебральний параліч, діагностика.

### Вступ

До важливих проблем сучасної медицини, що мають медико-соціальне значення, належать медична та психосоціальна реабілітація батьків тяжкохворих дітей з обмеженими можливостями, зокрема, з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) [1]. За статистичними даними, кількість дітей, хворих на ДЦП, невпинно зростає, а сама патологія є найбільш частою та основною причиною дитячої інвалідності [2]. При цьому в цієї категорії дітей діагностуються коморбідні стани, зокрема, з аутизмом, затримкою психічного розвитку. Серед дітей з нормальною вагою при народженні, що стали інвалідами з ДЦП, 70,0% стали ними внаслідок впливу факторів до народження (перинатальний період), 20,0% – змішані чинники (перинатальний період і перші чотири тижні після народження), 10,0% – в постнатальний період (протягом перших двох років життя) [3].

У медичній та психосоціальній реабілітації

дітей з ДЦП важливу роль відіграє стан самих батьків, ті труднощі, що переживає сім'я з хворою дитиною [4–6]. Діагноз сприймається батьками як велика трагедія, що руйнує всі надії і очікування членів сім'ї, пов'язані з появою спадкоємця, а осмислення та набуття нових життєвих цінностей розтягується. Реакція батьків на захворювання визначається станом дитини, проте не зважаючи на кінцевий діагноз, батьки страждають на тяжкий психологічний дискомфорт, що провокує або загострює психічні та поведінкові розлади [7, 8]. У батьків формується неправильна модель виховання, що спотворює рольові відносини та мікроклімат сім'ї. Зважаючи на це, лікування хворих дітей з ДЦП потребує своєчасного виявлення психічних розладів батьків та їх відповідної психотерапевтичної корекції.

### Мета дослідження

Встановлення особливостей психічних та поведінкових розладів непсихотичного рівня батьків, діти яких страждають на ДЦП.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведене на базі КЗ «Дніпропетровська клінічна психоневрологічна лікарня» ДОР (м. Дніпропетровськ) протягом 2011–2015 рр. Критерієм включення в дослідження були дитячий церебральний параліч (G80.0) і психічні та поведінкові розлади у батьків. Диференціальна діагностика та встановлення діагнозу батьків проводилися протягом першого обстеження хворої дитини з ДЦП та протягом лікування згідно з критеріями МКХ-10. У дослідження були включені батьки обох статей віком  $32,0 \pm 1,5$  років (96 жінок і 63 чоловіків), залучені до лікування неврологічного дефіциту та затримки психомоторного і мовного розвитку дитини й дали усвідомлену згоду на участь у дослідженні.

Метою комплексного клініко-психопатологічного обстеження всіх членів сім'ї було встановлення ролі діагнозу дитини у розвитку психічних розладів у батьків та відновлення їх психічного здоров'я.

Попередня (доклінічна) діагностика комунікативних, когнітивних, поведінкових та інших порушень у батьків була проведена на основі даних, отриманих безпосередньо від хворого; у самих дітей молодшого віку – від батьків та психіатра; у дітей старшого віку – від вихователів, учителів, психологів, дільничних психіатрів.

Попередня діагностика включала в себе: 1) первинний скринінг (проводиться дільничною медсестрою, сімейним лікарем, терапевтом, психологами, соціальними працівниками освітньої мережі та ін.); 2) диференціальна діагностика і організація діагностики (комплекс клінічних, генетичних, біохімічних, електрофізіологічних обстежень).

Більшість симптомів у батьків, діти яких страждають на ДЦП, виражаються в суб'єктивних розладах. Серед методів дослідження і попереднього ознайомлення з батьками хворих дітей – співбесіда та анкетування. Вони дозволяють провести раннє диференційне діагностування різних форм психічних розладів неспсихотичного рівня.

Зважаючи на те, що більшість батьків не звертає уваги на свій психічний стан, особливу увагу слід звернути на виявлення вербальних і невербальних комунікацій, характер поведінки та особистісних характеристик у вузькому сімейному колі й у суспільних місцях.

На відміну від хворих дітей, у батьків, які їх виховують, суб'єктивний анамнез малоінформативний. Основним джерелом інформації є спеціалізовані психологічні тестування, а також обстеження всієї сім'ї. Це дозволяє ознайомитися з психологічними взаємовідносинами у сім'ї, в тому числі, кожного їх

члена. Необхідно виробити додаткову систему партнерських відносин для досягнення спільних реабілітаційних програм: клінічне ведення дитини та батьків, лікування дітей із затримкою психічного розвитку, профілактика та лікування психічних та поведінкових розладів неспсихотичного рівня, корекція внутрішньо-сімейних відносин.

З цієї метою були обстежені та анкетовані батьки, які виховують тяжкохворих дітей з діагнозом ДЦП (G80.0).

Соматичне і неврологічне обстеження у них проводилося за загальноприйнятими правилами, їх метою було виявлення соматичної та органічної патології ЦНС, проявів їх перебігу у дітей та батьків, у тому числі – коморбідних розладів. Вивчалися такі суб'єктивні та об'єктивні чинники: причини і час перших проявів захворювання, рівень психічного та фізичного розвитку дитини, психічний стан батьків, поведінка батьків у сім'ї. При цьому звертали увагу на відносини між батьками і хворою дитиною, манеру поведінки, лабільність емоцій, комунікабельність та модель виховання. Стан психічних та поведінкових розладів оцінювали до циклу лікування дитини та після завершального етапу терапії. Психічний статус сімейних пар діагностували за МКХ-10, кількісну оцінку невротичних розладів проводили за методом Вассермана, особливості формування тривожних розладів – за тестом Спілбергера–Ханіна.

### Результати дослідження та їх обговорення

Клініко-психопатологічне дослідження батьків, діти яких страждають на ДЦП, включало обстеження батьків та дітей, визначення факторів ризику, характер появи психічних та поведінкових розладів у батьків, їх реакцію на діагноз дитини. Проведено збір анамнезу тяжкохворих дітей, проаналізовано особливості клініки захворювання, його вплив на формування психічних розладів.

Тривалість захворювання дитини на момент звернення за спеціалізованим лікуванням та обстеженням у 56 сімей (58,3 %) становила до 5 років, у 36 (37,5 %) від 5 до 10 років і лише в 4 випадках (4,1 %) тривалість захворювання і відповідного догляду за дитиною складала більше 10 років. Перші симптоми неврологічного дефіциту у 60 (62,5 %) випадках виявлено з народження, 32 (33,3 %) – до 1 року, 4 (4,1 %) – у віці 2–3 років.

Клініка хворих дітей з ДЦП включала затримку мовного та психомоторного розвитку з частим поєднанням синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), геміпарезами і судомним синдромом, моторною алалією, спастичною дисплегією, туговухістю III–IV ступеня, косоокістю, порушенням саливації; рід-

ше реєстрували синдром Ретта, ювенільну форму хвороби Паркінсона, лейкодистрофію і БАС-деменцію. На поведінковому рівні в клініці ДЦП мали місце неврозоподібні стани, епізоди роздратованості, невмотивовані сміх та плач, відсутнє, нечленороздільне або незрозуміле мовлення, відсутність зацікавленості до ігор та спілкування з іншими дітьми, скрегіт зубами під час сну, порушений сон, плаксивість, істеричні стани, транзиторні дисоціативні аутичного кола розлади.

Під час клінічної співбесіди з батьками було досліджено рівень їх психічного здоров'я, психологічні функції, ролі та поведінка у сім'ї. За даними детального аналізу анамнезу хворої дитини, історії сім'ї та клініко-психопатологічного дослідження батьків визначено домінуючі психічні поведінкові розлади. У першу чергу, психічні розлади батьків викликані самою постановкою діагнозу. Реакція на нього мала характер шоку і невіри в те, що трапилося. У батьків, діти яких страждали на виражену затримку мовного та психомоторного розвитку, спостерігали душевне і психосоматичне страждання, зміну моделей поведінки, почуття провини, реакції гніву і агресії. Батьки часто відчували розгубленість, провину та сором. Вони звинувачували у трагедії себе. Виникнення важкого захворювання у дитини ставало приводом для сімейного конфлікту з односторонніми або взаємними звинуваченнями в «поганій спадковості» чи «неправильному ставленні».

Характер реакції батьків на хворобу дитини в гострому (в момент встановлення діагнозу) та підгострому (перші декілька тижнів) періодах були такими:

- стан шоку: матері – 47,9%, батьки – 39,6%;
- безвихідь, паніка: матері – 54,1%, батьки – 15,8%;
- переляк, страх, тривога: матері – 33,3%, батьки – 36,5%;
- істеричні реакції, плач, сльози: матері – 19,7%, батьки – 7,9%;
- неприємність: матері – 27,1%, батьки – 3,1%;
- постійні думки про смерть і спроби покінчити життя самогубством: матері – 22,9%, батьки – 1,5%;
- втрата інтересу до життя, думки про втрату сенсу існування: матері – 30,2%, батьки – 4,7%;
- погіршення загального самопочуття: матері – 58,3%, батьки – 19,0%;
- невіра в діагноз: матері – 18,7%, батьки – 15,8%;
- образа на лікарів: матері – 27,1%, батьки – 19,0%;
- почуття провини перед дитиною: матері – 29,1%, батьки – 3,1%;

- почуття відчаю: матері – 48,9%, батьки – 20,6%;

- образа на чоловіка (дружину) і звинувачення його (її) в тому, що дитина хвора: матері – 4,1%, батьки – 1,5%.

Усвідомлення тяжкості діагнозу та труднощів, які можуть виникнути на етапі лікування та під час догляду за дитиною, спричиняли у батьків появу уявної надії на те, що діагноз може бути помилковий, що з'явиться новий рятівний метод лікування. Враховуючи ці особистісні розлади лікування дітей з ДЦП, ми доповнювали надання психотерапевтичної допомоги батькам, які безпосередньо брали участь у догляді та вихованні дитини. Ця допомога узгоджувалася з курсами лікування дітей, але не збігалася з терапією, яку отримували діти. Нами проведено від 1 до 6 курсів терапії з батьками.

Як засвідчили батьки, труднощі у вихованні дитини та зміна їх рольової поведінки були викликані труднощами, з якими вони зіткнулися протягом виявлення, проявів та прогресування неврологічного дефіциту, затримки психічного розвитку, фізичних вад здоров'я (рухові розлади, порушення мови, салівація). Тому догляд за тяжкохворою дитиною був емоційно складним майже у половини матерів і у більшості батьків (50,0% і 77,8% відповідно). Так, лише фізичні труднощі у догляді проявилися у 16,7% жінок, а серед чоловіків – у 7,9% випадків. У інших сім'ях догляд за тяжкохворою дитиною був однаковою мірою складним як на фізичному, так і на емоційному рівнях.

Це, в свою чергу, спричиняло виникнення і загострення конфліктів у сім'ї. Так, на епізодичні конфлікти скаржились 45,8% матерів і 59,1% батьків; постійні сімейні сварки – 12,5% і 27,3% батьків; конфлікти, орієнтовані на хвору дитину, провокували 4,1% матерів і 9,1% батьків. У свою чергу, усі зазначені ситуації провокували у обох батьків психічні та поведінкові розлади. Особливості психоемоційного стану обох батьків у віддаленому (хронічному) періоді хвороби дитини характеризувалися проявом значної кількості емоційних порушень, які були першою реакцією на діагноз обстеженої дитини, а саме:

1) постійні думки про смерть, відчай: матері – 16,6%, батьки – 3,1%;

2) періодичні (епізодичні) думки про смерть, сумнів у правильності поставленого діагнозу, байдужість до життя, панічний страх, перенапруження через відсутність результатів після проведеного лікування: матері – 14,5%, батьки – 3,1%;

3) посивіння, погіршення стану: матері – 19,8%, батьки – 12,6%;

4) почуття безвиході, відчаю, почуття провини: матері – 67,7%, батьки – 30,1%;

5) постійний страх, боязнь за майбутнє дитини: матері – 36,4%, батьки – 41,2%;

6) невіра в діагноз, очікування дива, почуття безвиході, зниження толерантності до травмуючих ситуацій, розгубленість, погіршення здоров'я: матері – 32,2%, батьки – 17,4%;

7) категорична невіра в діагноз і втрата віри в медицину, віра в надприродні сили (магічний настрій): матері – 12,5%, батьки – 3,1%;

8) зловживання алкоголем, курінням після постановки діагнозу дитині: матері – 3,1%, батьки – 11,1%;

9) звинувачення чоловіка (дружини) в тому, що він (вона) винен(-на) в хворобі дитини: матері – 7,3%, батьки – 4,7%;

10) поверхневий сон, часті періоди безсоння: матері – 33,3%, батьки – 19,1%;

11) загальна соматична і психічна слабкість: матері – 29,1%, батьки – 14,2%;

12) розлади серцево-судинної системи, поява артеріальної гіпертензії, ІХС: матері – 33,3%, батьки – 14,2%;

13) стани епізодичного запаморочення, втрати свідомості: матері – 12,5%, батьки – 3,1%;

14) втрата мотивації і настрою у спілкуванні з дитиною: матері – 41,6%, батьки – 7,9%;

15) часті головні болі: матері – 45,8%, батьки – 11,1%;

16) сонливість: матері – 75,0%, батьки – 4,7%;

17) швидка втома: матері – 41,6%, батьки – 9,5%;

18) зниження пам'яті, неухважність: матері – 45,8%, батьки – 41,2%;

19) роздратованість, епізоди агресії, конфліктність: матері – 70,8%, батьки – 68,2%.

У гендерному аспекті матері частіше першими страждали на невротичні зриви або депресивні стани, оскільки втрачали емоційний контакт з дитиною і відчували себе неспроможними допомогти тяжкохворій дитині. Разом з тим, матері легше адаптувалися до ситуації у родині, оскільки вони ближче контактували з дитиною. На противагу цьому, для батьків характерною була реакція уникання, вони завантажували себе роботою, різними справами. Багато чоловіків відзначали, що їх переживання настільки ж сильне, як і у їхніх дружин, просто вони воліють не проявляти їх відкрито, хоча б для того, щоб ще більше не обтяжувати стан своїх дружин.

Як бачимо, реакція тяжкого горя та втрати у деяких обстежених батьків досягає рівня суїцидальних намірів. Статистичний аналіз засвідчив суттєво вищу частоту замислення матерів тяжкохворих дітей над усвідомленням втрати сенсу життя і можливим суїцидом (37,5% жінок і 9,5% чоловіків) (табл. 1). Для

жінок порівняно з чоловіками характерною була більша варіабельність способів суїциду, тоді як чоловіки мали обмежене коло таких думок.

У процесі клінічної співбесіди з батьками було досліджено їх психопатологічну характеристику і визначено домінуючі психічні та поведінкові розлади. Розподіл батьків за частотою виявлення психічних розладів наведено у табл. 2.

Згідно з МКХ-10 домінуючими психічними розладами у батьків були депресивні епізоди легкого ступеня (F32.0); фобічні тривожні розлади, що мали прояви епізодів страху і жаху (F40.9); змішані тривожні та депресивні розлади (F41.2); розлади адаптації з переважанням розладів інших емоцій (F43.23); неврастенічні (F45.2) та іпохондричні (F45.2) розлади. Структура цих розладів мала деякі гендерні відмінності. Так, матері тяжкохворих дітей більшою мірою страждали на тривожно-депресивні та іпохондричні розлади, дереалізацію, а чоловіки – на епізоди депресії (F32.0) та неспецифічні пасивно-агресивні розлади (F60.8).

Таблиця 1

**Характер суїцидальних намірів батьків тяжкохворих дітей з ДЦП, затримкою психомоторного і мовного розвитку (абс/%)**

Спосіб реалізації суїцидального наміру	Батьки	
	Мати (n=96)	Батько (n=63)
Повіситися	n=12 (12,5%)	n=3 (4,7%)
Потонути	n=2 (2,0%)	n=3 (4,7%)
Кинутися під машину, поїзд, з моста в річку	n=9 (9,3%)	n=3 (4,7%)
Випити снодійне і включити газ	n=6 (6,2%)	–
Отруїтися	n=8 (8,3%)	–
Стрибнути з багатоповерхового будинку	n=5 (5,2%)	–
Наковтатися таблеток	n=7 (7,2%)	–
Померти	n=3 (3,1%)	–
Заснути і не прокинутися	n=4 (4,1%)	–
Потрапити в аварію	n=2 (2,0%)	n=3 (4,7%)
Застрелитися	n=1 (1,0%)	n=6 (9,5%)
Вдаритися головою об стінку	n=4 (4,1%)	–
Задушити дитину, а потім і себе	n=3 (3,1%)	–
Будь-яким методом	n=4 (4,1%)	–
Всього, середня частота суїцидальних намірів	n=36 (37,5%)	n=6 (9,5%)

Зважаючи на анамнез тяжкохворих дітей, робимо висновок, що психічні розлади частіше виявлялися у жінок, оскільки саме на них була покладена основна роль з догляду, виховання та дотримання вимог лікування дитини. Матері дітей з тяжкою затримкою психічного розвитку страждали на хронічні стани перевтоми (Z73.0) і недостатній відпочинок та розслаблення (Z73.2), особливо якщо у сім'ї є ще одна або декілька дітей, оскільки це створювало для жінок додаткові труднощі у вихованні декількох дітей, мовний і психомоторний рівень яких суттєво відрізнявся.

Усе це мало суттєве відображення у зміні життя сім'ї, всього її укладу, рольової поведінки батьків, розвиток подружньої дезадаптації. Протягом багаторазових курсів лікування зареєстровано 8 (8,3%) розлучень, ініціатором яких були чоловіки. Для матерів відмова від раніше запланованої вагітності та народження другої дитини стала реакцією на психічний та неврологічний стан хворої дитини у 42,7% (для чоловіків – 61,9%). До шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголем) розвилася схильність у 3 (3,1%) матерів та 7 (11,1%) батьків.

До астено-депресивних, іпохондричних та істеричних реакцій були схильні батьки з високим рівнем невротизації. Основною їх причиною стали довготривале емоційне напруження, негативні переживання (тривога, страх, неспокій, розгубленість, дратівливість). За шкалою невротизації Вассермана негативну динаміку психічних та поведінкових розладів більшою мірою встановлено

у чоловіків (18,7% жінок і 33,3% чоловіків), хоча у кількісному вимірі (у балах шкали:  $15,7 \pm 1,9$  балів і  $17,8 \pm 2,6$  балів) різниці серед обох батьків не виявлено. У симптоматичному профілі невротичних розладів мали місце епізоди страху, астеничний компонент (підвищена стомлюваність, відчуття слабкості, млявості), когнітивні порушення (труднощі в концентрації, зосередженні уваги, зниження швидкості мислення, зниження пам'яті), тенденції іпохондрії, тривожно-депресивні розлади, в тому числі – короткотермінові реакції тривоги і депресії.

Диференціальна оцінка тривоги у батьків, які виховують тяжкохворих дітей з вираженою затримкою психічного розвитку при ДЦП, дозволила виявити деякі особливості її формування. За тестом Спілбергера–Ханіна нами проведена оцінка формування реактивної та особистісної тривоги, результати якої наведено у **табл. 3**.

Реактивна тривога однаковою мірою мала місце в обох з батьків, а при оцінці особистісної тривоги виявлена негативна тенденція до загострення досліджуваних психічних та поведінкових розладів у жінок. Багато матерів у співбесіді з психіатром зізналися, що проєктують свої негативні емоції, тривогу, напругу на хвору дитину, тим самим затримують їх психомоторний та особистісний розвиток. Натомість інші матері страждають на відчуття гіперпротекції, пригнічують мотивацію дитини до досягнення певних результатів, відсторонюють увагу батька до виховання. Чоловіки страждають на відчуття втрати та формують поведінку уникнення у структурі сімейних ролей.

Таблиця 2

**Розподіл обстежених батьків відповідно до критеріїв психічних і поведінкових розладів (МКХ-10) (абс./%)**

Психічні розлади (абс./%)	Батьки	
	Мати (n=96)	Батько (n=63)
F32.0: Депресивні епізоди легкого ступеню	n=33 (34,4%)	n=18 (28,6%)
F40.9: Фобічні тривожні розлади неуточнені	n=25 (26,0%)	n=13 (20,6%)
F41.2: Змішані тривожні та депресивні розлади	n=32 (33,3%)	n=18 (28,6%)
F43.23: Розлади адаптації з переважанням розладів інших емоцій	n=52 (54,1%)	n=29 (46,0%)
F45.2: Іпохондричні розлади	n=49 (51,0%)	n=22 (34,9%)
Z73.0: Перевтома	n=85 (88,5%)	n=26 (41,2%)
Z73.2: Недостатній відпочинок і розслаблення	n=79 (82,3%)	n=27 (42,8%)

Таблиця 3

**Рівень тривоги батьків за тестом Спілбергера–Ханіна (абс./%)**

Тип тривоги (абс./%, бал)	Батьки	
	Мати (n=96)	Батько (n=63)
Реактивна тривога	Низька	n=35 (36,5%) n=21 (33,3%)
	Помірна	n=61 (63,5%) n=42 (66,7%)
	Висока	–
Особистісна тривога	Середній бал	34,2±1,3 35,6±1,7
	Низька	n=7 (7,3%) –
	Помірна	n=64 (66,7%) n=52 (82,5%)
	Висока	n=25 (26,0%) n=11 (17,5%)
Середній бал	38,0±1,4 39,0±0,9	

З психологічної точки зору реактивна тривога батьків виникає як емоційна реакція на постановку діагнозу та труднощі у догляді за тяжкохворою дитиною, і може бути різною за інтенсивністю та динамічністю в часі. Дуже висока реактивна тривожність викликає порушення уваги, а іноді – тонкої координації. Але тривожність не є негативною початковою рисою. Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної особистості. Напротивагу цьому, особистісна тривога проявляється не безпосередньо у поведінці, вона має вираження суб'єктивного неблагополуччя особистості, що створює специфічний фон її життєдіяльності, гнітючий психічний стан особистості. Дуже висока особистісна тривога корелює з невротичними розладами і може викликати нервові зриви, депресивні стани, а також психосоматичні захворювання. Тривожні розлади особливо виразними були за відсутності в родині інших здорових дітей.

#### Висновки

Результати проведеного дослідження дозволили говорити про наявність психічних

та поведінкових розладів у батьків, що виховують тяжкохворих дітей з ДЦП. Сам факт постановки діагнозу викликає у батьків кризове реагування як на рівні окремих членів сім'ї, так і сім'ї в цілому. При затримці психомоторного та мовного розвитку дитини батьки страждають на розвиток змішаних тривожних і депресивних розладів, невротичні та іпохондричні розлади, появу агресії; переживають відчуття важкого горя та втрати, розлади соціалізації у сім'ї.

У той же час сім'я повинна розглядатися як терапевтичний, стабілізуючий фактор, що допомагає дитині впоратися з хворобливими переживаннями на етапі лікування. Це обумовлює необхідність надання психотерапевтичної допомоги всій родині, а курси лікування тяжкохворої дитини мають супроводжуватися психологічною допомогою лікаря-психотерапевта для запобігання появи або прогресування психопатологічних розладів. Таким чином, важливим пунктом у програмі реабілітації дітей з ДЦП є психологічна робота з їхніми батьками, метою якої є подолання стресових станів, тривожності та повноцінної сімейної реалізації.

#### Література

1. Krasil'nikova E. D. Psikhologicheskie osobennosti semei, vospityvayushchikh detey s razlichnymi variantami narusheniya psikhicheskogo zdorov'ya [Psychological characteristics off a milies with children with various variants of mental health]. Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov [Menta lhealth of children and adolescents], 2012, no.2, pp. 29-35. (In Russ.)
2. Piovesana A. M., Ross S., Whittingham K., Ware R. S., Boyd R. N. Stability of executive functioning measures in 8-17-year-old children with unilateral cerebral palsy. Clin. Neuropsychol., 2015, vol. 29(1), pp. 133-149.
3. Guillamón N., Nieto R., Pousada M., Redolar D., Muñoz E., Hernández E., Boixadós M., Gómez-Zúñiga B. Quality of life and mental health among parents of children with cerebral palsy: the influence of self-efficacy and coping strategies. J. Clin. Nurs., 2013, vol. 22(11-12), pp. 1579-1590.
4. Ustinov N. V., Yakhin K. K. Programma psikhosotsial'noy reabilitatsii roditeley detey, bol'nykh detskim tserebral'ny mparalichom [Psychosocial rehabilitation of parents of children with cerebral palsy parents of children with cerebral palsy]. Kazanskiy meditsinskiy zhurnal [Kazan Medical Journal], 2003, vol. 84, no.1, pp. 44-47. (In Russ.)
5. Barlow J. H., Cullen-Powell L. A., Cheshire A. Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy. Early Child Development and Care, 2006, vol. 176, pp. 421-428.
6. Davis E., Shelly A., Waters E., Boyd R., Cook K., Davern M. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. Child: Care, Health and Development, 2010, vol. 36, pp. 63-73.
7. Kaya K., Unsal-Delialioglu S., Kutay Ordu-Gokkaya N., Ozisler Z., Ergun N., Ozel S., Ucan H. Musculoskeletal pain, quality of life and depression in mothers of children with cerebral palsy. Disability and Rehabilitation, 2010, vol. 32, pp. 1666-1672.
8. Parkes J., Caravale B., Marcelli M., Franco F., Colver A. Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross-sectional survey. Developmental Medicine And Child Neurology, 2011, vol. 53, pp. 815-821.

#### ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (КЛИНИКО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Р. В. Рахманов  
Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины  
КУ «Днепропетровская клиническая психоневрологическая больница» ДОР

**Аннотация.** В статье исследовали характер формирования психических расстройств у родителей, воспитывающих детей с детским цере-

#### THE MENTAL STATE OF THE PARENTS WITH CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY (CLINICAL AND PSYCHIATRIC RESEARCH)

R. V. Rakhmanov  
Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine  
KZ «Dnipropetrovsk clinical psychoneurological hospital» DOR

**Summary.** The article presented the nature of the mental disorders in parents raising children with cerebral palsy, delayed mental and language development. Defined behavioral and psychological reactions of parents on the child diagnosis, and

бральным параличом, задержкой психического и речевого развития. Определены психические и поведенческие реакции родителей на диагноз ребенка, описана специфика клинических и психологических проявлений в течение воспитания, ухода и лечения ребенка. Выделены поведенческие черты состояния тяжелого горя в остром периоде по уходу за ребенком; депрессивные, фобические, тревожные и ипохондрические расстройства в первые годы развития заболевания. На основе полученных данных, отражающих механизмы формирования психопатологических расстройств родителей, предлагается предоставление дифференцированной комплексной психиатрической помощи родителям на этапах лечения неврологических расстройств ребенка с детским церебральным параличом.

**Ключевые слова:** психическое состояние родителей, поведенческие расстройства, детский церебральный паралич, диагностика.

describes the specific clinical and psychological manifestations of mental disorders during education, care and treatment of the child. Thesis there is determined behavioral features state of severe trouble in the acute period of parental leave; depressive, phobic, anxiety and hypochondriacal disorder in the early years of the disease. Based on the data that reflect the mechanisms of mental illness in response to family derealization in parents are invited to provide differentiated comprehensive mental health care to parents on the stages of the treatment of neurological disorders child with cerebral palsy.

**Key words:** psychiatric disorders of parents, behavioral disorders, cerebral palsy, diagnosis.

U.D.K: 613.86:612.176:616.12-008.3-7



L. Fritzsche

M. Fritzsche

D. Majoe

## OPTIMI (ONLINE PREDICATIVE TOOLS FOR INTERVENTION IN MENTAL ILLNESS). BIOFEEDBACK BASED ON HEART RATE VARIABILITY AS A PREVENTIVE TOOL AGAINST STRESS-RELATED DISORDERS

L. Fritzsche<sup>1,2</sup>, M. Fritzsche<sup>1,2</sup>, D. Majoe<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ETH Zürich, Laboratory for Software technology, Zurich, Switzerland

<sup>2</sup> Practice of Internal Medicine, Adliswil, Switzerland

**Summary.** Portable health management devices such as mobile phones, based on the biofeedback principle, are becoming increasingly attractive for scientists and individuals who strive to achieve a healthier lifestyle. Portable health management devices such as mobile phones equipped with sensors to provide biofeedback are becoming increasingly attractive to scientists and other individuals who strive to achieve a healthier lifestyle. Under the auspices of the OPTIMI project we have developed and tested a new ECG biofeedback sensor. This sensor monitors heart rate variability as an indication of a participant's level of stress and relaxation. In the study, participants practiced slow, conscious, meditative breathing while observing biofeedback in the form of visual stimulation from the sensor. The training was carried out in healthy volunteers, who as a result of the biofeedback exercises could improve their coping strategies.

**Key words:** ECG biofeedback sensor, HRV, stress, coping, diaphragmatic breathing.

Biofeedback involves the recording and monitoring of certain biological signals so that, for example, the sleep quality, the manifestation of various chronic conditions or mood states, and any number of other aspects of oneself can be tracked; this tracking is performed for the purposes of learning and noticing patterns and, ultimately, effecting change [1].

Since the inception of the smartphone, and in conjunction with the growth of the «quantified self» movement, the appeal and potential of self-tracking has been increasing. There are several reasons for this. Human beings are innately curious about themselves; at the same time, smartphones have placed the possibility

of data capture and representation within the grasp of the masses. The combination of these two factors has great clinical potential.

So-called 'E-therapies' have already been shown to be both clinically and cost-effective [2, 3, 4] when treating any number of psychological problems, including stress among individuals who are otherwise healthy [5, 6]. Recently, interest has been expressed in augmenting such therapies with the potential unleashed by new sensor technologies, which allow objective, automatic monitoring [7].

Biofeedback can be described as self-tracking performed in real time. Biological signals are fed back to the individuals who