

В. М. Рахманов, Р. В. Рахманов,

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница»

Днепропетровского областного Совета.

ME «Dnepropetrovsk clinical psychiatric hospital» Dnepropetrovsk Regional Council.

ОПЫТ РАБОТЫ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ С БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ИЗ ЗОНЫ АТО

В. М. Рахманов, Р. В. Рахманов,

ДОСВІД РОБОТИ НАДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ І ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ СІМ'ЯМ З ХВОРИМИ ДІТЬМИ ІЗ ОБМЕЖЕНИМИ І ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ З ЗОНИ АТО

V. M. Rahmanov, R. V. Rahmanov,

EXPERIENCE IN PROVIDING MEDICAL AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION ASSISTANCE TO FAMILIES WITH SICK CHILDREN WITH DISABILITIES AND FUNCTIONALITY FROM ATO ZONE

Статья поступила в редакцию 05.10.2016.

Резюме

Цель исследования - изучения выраженности невротических и соматоформных расстройств у семей из зоны АТО.

Материалы и методы. Нами было обследовано 100 семей, имеющих детей с различными формами аутизма (А) и аутистического круга расстройств (АКР). Из них 65 матерей, 30 бабушек и 5 отцов, сопровождающих этих детей при проведении медицинской и психосоциальной реабилитации в нашей клинике. Всем этим больным детям диагноз был установлен до начала боевых действий. Эти дети были непосредственными свидетелями тех или иных событий в зоне АТО. В обследуемой группе 56 детей мужского и 44 женского пола, возрастом от 2 до 12 лет.

Результаты. Представлены научно обоснованные результаты и наблюдения из собственной практики по оказанию медицинской и психосоциальной реабилитационной помощи семьям с детьми из зоны АТО. Рассмотрены клинические случаи по применению интервенций среди детей с аутизмом и психогенно обусловленными расстройствами. Определены диагностические нюансы мишеней психотерапии исходя из органичной симптоматики психотравм, полученных детьми и их близким окружением в зоне АТО.

Выводы. В системе реабилитации семей, проживающих в зоне АТО, особое внимание и место должны занимать семьи, имеющих больных, в частности, детей с ограниченными физическими и психическими расстройствами. Эти семьи должны быть под особым контролем специалистов и периодически с ними должна проводиться поддерживающая терапия. При необходимости психотерапевтические мероприятия проводятся в сочетании с биологическими методами.

Ключевые слова

психосоциальная реабилитация, семейная психотерапия, дети с ограниченными функциями, аутизм, невроз, психосоматические расстройства у

	<p>детей.</p> <p><i>Мета дослідження - вивчення вираженості невротичних і соматоформних розладів у сімей із зони АТО.</i></p> <p><i>Матеріали та методи. Нами було обстежено 100 сімей, що мають дітей з різними формами аутизму (А) і аутичного кола розладами (АКР). З них 65 матерів, 30 бабусь і 5 батьків, які супроводжують цих дітей під час проведення медичної та психосоціальної реабілітації в нашій клініці. Всім цим хворим дітям діагноз був встановлений до початку бойових дій. Ці діти були безпосередніми свідками тих чи інших подій в зоні АТО. У обстежуваній групі 56 дітей чоловічої і 44 жіночої статі, віком від 2 до 12 років.</i></p> <p><i>Результати. Представлено науково обґрунтовані результати і спостереження з власної практики з надання медичної та психосоціальної реабілітаційної допомоги сім'ям з дітьми із зони АТО. Розглянуто клінічні випадки щодо застосування інтервенцій серед дітей з аутизмом і психогеннообумовленими розладами. Визначено діагностичні нюанси мішенів психотерапії виходячи з органної симптоматики психотравм, отриманих дітьми і їх близьким оточенням в зоні АТО.</i></p>
Резюме	
Ключові слова	<i>психосоціальна реабілітація, сімейна психотерапія, діти з обмеженими функціями, аутизм, невроз, психосоматичні розлади у дітей.</i>
Resume	<p><i>The aim of the study was to study the severity of neurotic and somatoform disorders in families from the ATO area.</i></p> <p><i>Materials and methods. We examined 100 families with children with various forms of autism (A) and autistic circle disorders (ACP). These included 65 mothers, 30 grandmothers and 5 fathers, who accompany the children during medical and psychosocial rehabilitation in our clinic. All these sick children were diagnosed before the outbreak of hostilities. These children were direct witnesses of certain events in the ATO area. In the study group, there are 56 male and 44 female children, aged 2 to 12 years.</i></p> <p><i>Results. As a result, scientifically-based findings and observations from personal experience of provision of medical and psychosocial rehabilitation assistance to families with children from the area ATO were presented. We reviewed clinical cases of interventions among children with autism and psychogenic disorders and defined diagnostic nuances of the therapy targets based on symptoms of organ psychotrauma of children and their families in the surrounding area of the ATO.</i></p> <p><i>Conclusions. In the rehabilitation system of families living in the ATO area, special attention should be paid to families with sick members, including children with physical and mental disabilities. These families should be under special control of specialists and periodically should undergo support therapy. If necessary, psychotherapeutic measures are undertaken in combination with biological methods.</i></p>
Keywords	<i>psychosocial rehabilitation, family therapy, children with limited functions, autism, neurosis, psychosomatic disorders in children.</i>

Проблеми оказания адекватной медицинской и психосоциальной реабилитации семьям из зоны АТО являются одними из актуальных проблем психиатров, психотерапевтов, психологов.

Сравнительный анализ показывает, что у большинства семей из зоны АТО, в зависимости от интенсивности физических, психических и психологических перенапряжений, в дальнейшем можно диагностировать те или иные формы невротических и соматоформных расстройств.

Особенно чувствительны к негативным социально-психотравмирующим факторам семьи, имеющие детей с ограниченными физическими и психическими возможностями.

С целью изучения выраженности невротических и соматоформных расстройств у семей из зоны АТО нами было обследовано 100 семей, имеющих детей с различными формами аутизма (А) и аутического круга расстройствами (АКР). Из них 65 матерей, 30 бабушек и 5 отцов, сопровождающих этих детей при проведении медицинской и психосоциальной реабилитации в нашей клинике. Всем этим больным детям диагноз был установлен до начала боевых действий. Эти дети были не-

посредственными свидетелями тех или иных событий в зоне АТО.

В обследуемой группе 56 детей мужского и 44 – женского пола, возрастом от 2 до 12 лет. Ежедневные наблюдения и проведенные социально-психологические исследования по специально разработанному опроснику показали, что матери, отцы и другие члены семей, имеющих больных детей с ограниченными возможностями, в начале АТО имели негативный опыт в реабилитации этих детей. В частности, регулярное посещение врачей и отсутствие видимых результатов от проводимой терапии вызывало у родителей отчаяние, растерянность, недоверие к медикам и др. Характерно, что в густонаселенной зоне АТО, где проживает большая часть населения, уровень выраженности невротических и соматоформных расстройств был на много больше, чем у жителей отдаленных (малонаселенных) зон.

Здесь, видимо, имеет место индуцирование друг друга в связи с высоким уровнем коммуникации среди населения.

В связи с этим, кроме невротических расстройств, были выявлены социальная, медицинская и личностная дезадаптация, выражающаяся в растерянности и беспомощности, а также навалившиеся неожиданные конфликты, усугубившие их состояние.

Этот период длился от 10 до 30 и более дней.

После чего многие семьи (до 90%), не веря в такую «беду», думая, что «это временно», решили дожидаться прекращения «бомбёжек», 10% решились на самостоятельную эвакуацию в первые же дни «бомбёжек» и переехали к родственникам, проживающим в районах, отдаленных от боевых действий. Остальная часть (90%) «проживали» в укрытиях и ждали момента «возможного» перемирия и договоренности между участниками конфликта.

У 40 детей с А и АКР появились новые симптомы: в виде явления гиперактузии в связи с выстрелами, испугами. В частности, эти дети закрывали уши и испытывали дискомфорт от громких звуков. У них наблюдалось усиление поведенческих и коммуникативных расстройств.

Ребёнок В., 7 лет, диагноз: Аутизм, гиперактивно-сенситивная форма.

После проведенного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях нашей клиники наступили значительные улучшения и он был оформлен в массовую общеобразовательную школу с индивидуальным обучением.

После перенесенных переживаний (обстрелы) у ребенка резко ухудшилось поведение, появились страхи, нарушился сон, появилось ночное недержание мочи, выраженная гиперактивность и гетероагрессивное поведение к бабушке.

Во время повторного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у ребенка улучшилось поведение и значительно уменьшилась интенсивность агрессии в отношении родных.

Однако сопровождающая бабушка постоянно была «в трауре», плакала. Оказалось, что её дочь с трехмесячным ребенком живут в зоне «обстрелов» в подвале. А между «обстрелами» она поднимается в квартиру, расположенную на первом этаже, чтобы помыть и покормить ребенка. Затем, в целях безопасности, она снова спускается в подвал.

Когда бабушка плакала, ребенок испытывал сильный дискомфорт, у него появлялась агрессия, учащались случаи недержания мочи, повышалась гиперактивность.

При этом у сопровождающей бабушки были некоторые негативные изменения личности после перенесенной катастрофы. Ранее она переживала из-за болезни ребенка, развода его родителей, лишения отца родительских прав. На фоне перенесенного у неё было диагностировано постравматическое стрессовое расстройство (f43.1). И новое «неожиданное» переживание катастрофически усугубило психосоматический статус бабушки и ребёнка.

После продолжительного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, включающего в себя: когнитивную терапию, арт-терапию, музыкотерапию (на последнем этапе лечения, после прекращения явлений гиперактузии), иглорефлексотерапию, психофизический метод дозированной исключения зрительных раздражителей, стимуляцию левого полушария зон Брокке и Вернике, аурикулотерапию и др., поддерживающую терапию состояние ребенка значительно улучшилось. В частности прекратились: ночное недержание мочи, ауто- и гетероагрессия, нормализовалось поведение, ритм сна, прекратились явления гиперактузии.

Однако после выписки и возвращения к месту проживания состояние ребенка вновь ухуд-

шилось. Это было связано с перенесенными трудностями при переезде (в течение недели было прервано автомобильное сообщение), возобновлении обстрелов, ухудшения состояния из-за волнений и переживаний сопровождающей бабушки.

После проведения короткого курса терапии, они благополучно добрались до места проживания.

Однако мать решила устроить свою судьбу, избавиться от одиночества, вышла замуж за иностранца и уехала к нему на родину, оставив ребёнка на попечение бабушки. Состояние ребёнка вновь ухудшилось.

В настоящее время ребёнок находится под нашим наблюдением. В динамике наблюдается значительные улучшения в когнитивных и соматоформных процессах.

Особое внимание было обращено на здоровье других членов семьи, в частности детей, которые до АТО к врачам не обращались, и родители считали их вполне здоровыми.

После перенесенных переживаний «катастрофы» у этих детей наблюдались различные атипичные проявления психосоматических (невротических) расстройств.

В частности, у семей, имеющих детей до 1 года, впервые были выявлены рвотные рефлексы, подёргивания во время сна, нарушения функций ЖКТ (в частности, непережевывание пищи, метеоризм, задержка стула или, чаще, жидкий стул), у детей до 3-х лет – частый скрип зубами (бруксизм), метеозависимость, нарушение циркадности питания и сна, нарушение функций тазовых органов, в частности энурез, энкопрез, urgentное (императивное) мочеиспускание и кала и др.

У более старших детей было выявлено вегетативное расстройство, диссоциативное (конверсионное) расстройство, эмоциональное расстройство, начало которого характерно для детского возраста, компульсивные действия, невроз навязчивых состояний, ипохондрические и соматоформные расстройства и др.

При затянувшемся конфликте (более года), наиболее яркие признаками проявления соматоформных расстройств у детей младших возрастных групп выражались в: уменьшении либо увеличении массы тела и неравномерном распределении жировой ткани (бедро, ягодицы, грудные железы), кожных проявлениях (бледность, сосудистый рисунок, потливость или же отсутствие пота, неясные кожные высыпания: зуд, отек, проявления угрей или пигментации кожи, нейродермит, гиперемии (локальной), крапивнице), нарушении работы обменных и эндокринных систем, замедлении или ускорении полового созревания, в т.ч. Нарушении физиологических процессов (менструального цикла), нарушении терморегуляции (субфебрильная температура тела 37 – 38°C), нарушении функции сердечно-сосудистой системы (учащенное сердцебиение), понижении или повышении АД, метеозависимости, головокружении, нехватке воздуха, кашле неясного генеза (в частности, спазматический кашель), нарушении функций ЖКТ, боли в грудной клетке, в суставах, мышцах и др. На фоне хронического психофизического перенапряжения и усиливающихся, в частности, ярко выраженных невротических и вегетативных расстройств у родителей, была выявлена прямая связь в ухудшении состояния остальных членов семьи.

По данным разных источников в причинах психосоматических расстройств (неврозов) у детей, основное место занимают неадекватное (аномальное) воспитание [1] и неблагоприятные семейные условия, вызванные болезненным и неправильным поведением родителей [2, 3].

Изучение наследственности выявилоотягощенностьнейроциркуляторнойдистонии(сердечно-сосудистоезаболевание)болеечемв50 – 75%случаевсредиродственниковматерии50 – 65% – среди родственников отца [4]. Существенное значение имеет фактор неблагоприятного течения беременности, отмеченный у 62– 95% женщин, дети которых в дальнейшем заболели вегето-сосудистой дистонией (ВСД) по гипертоническому типу.

Особенности проявления ВСД у детей, по сравнению со взрослыми, характеризуются тем, что в анамнезе у малышей более выражены астенические проявления и менее – психотравмирующие факторы. У некоторых детей при внимательном изучении анамнестических данных всегда можно выявить пери- или постнатальные патологии, черепно-мозговые травмы (например, в детстве ребенок упал со стола, стула, коляски), но без последствий. На самом деле родители просто не обратили внимания на слабо выраженную вегетативную симптоматику.

На фоне продолжающихся психотравмирующих ситуаций, у детей старших возрастов, в период полового созревания, эти симптомы принимают более выраженный вид, эмоциональную

окраску с нарушением поведения, снижением умственной и физической работоспособности и др. В динамике четко прослеживаются осложнения в психосоматическом статусе, с подключением незначимых и значимых психотравмирующих ситуаций.

Следует подчеркнуть, что на фоне обострения ничтожных психотравмирующих ситуаций наблюдались отдельные нозологические расстройства, например: энурез, энкопрез, заикание, тиковые расстройства и др. Родители вынуждены были обращаться к специалистам и до 60 детей подверглись всевозможным обследованиям и различным видам лечения. И у взрослых больных, и у многих родителей больных детей «вечные жалобы и страдания» на неэффективность и неизлечимость болезни в дальнейшем сочетались с активным поиском других методов и способов лечения. Прослеживалась четкая связь между этими расстройствами и переживаниями, перенесенными самими родителями.

Из-за сложности диагностики и полиморфности клинических проявлений психосоматических (пограничных) расстройств у детей, часто специалисты допускали ошибочные диагнозы и неадекватное лечение [5, 6].

При этом на фоне увеличивающихся неврологических расстройств растет число больных детей, у которых под влиянием упомянутых и других психогенных факторов возникают соматические заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, кожи. Неврозы, психосоматические расстройства у детей всегда были и остаются предметом дискуссий в детской психиатрии, но чаще специалисты общего профиля незнакомы с этой проблемой

В своей практике. Многие специалисты группируют их по отдельным возрастным периодам.

В связи с перенесенной психотравмой в период посещения школьных учреждений состояние детей ухудшилось, наблюдались такие психосоматические расстройства, как запор, понос, «раздраженный кишечник», боли в животе, циклическая рвота, отказ от жевания, анорексия и булемия, энкопрез, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка. Чаще у детей 6 – 8 лет при интенсивном

Развитии роста наблюдается болевое ощущение. Подобное явление наблюдалось у 40– 50% детей, имеющих в анамнезе в перинатальном периоде психотравмирующие ситуации.

После перенесенных новых психотравмирующих ситуаций их состояние резко ухудшилось. При этом у родителей и подростков, кроме вышеперечисленных, к числу вышеперечисленных психосоматических расстройств добавились мигрень, «ростовые боли» (у подростков), рекуррентные боли меняющейся локализации, нарушения сна, приступы гипервентиляции, обмороки, выраженные вегетативные нарушения (у части больных – впервые), бронхиальная астма, нервная анорексия, булемия, ожирение, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энурез, энкопрез, нейродермит, расстройства менструального цикла.

В своей классификации Zimprich h. (1984) у детей с психосоматическими расстройствами выделяет: психосоматические реакции, функциональные расстройства, психосоматические заболевания с органической манифестацией, специфические психосоматозы (колит, язва желудка и др.) [7].

В практике проявления психосоматических (пограничных) расстройств у детей принимают такой «чудовищный» характер, что порой самые опытные специалисты не могут разобраться в этих симптоматиках и подборе адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий.

В заключение следует отметить, что в системе реабилитации семей, проживающих в зоне АТО, особое внимание и место должны занимать семьи, имеющих больных, в частности, детей с ограниченными физическими и психическими расстройствами. И каждый специалист должен выполнять свой профессиональный и гражданский долг по оказанию медицинской и морально-психологической помощи семьям, проживающим в зоне АТО, не только в настоящее время, но и в будущем. Эти семьи должны быть под особым контролем специалистов и периодически с ними должна проводиться поддерживающая терапия. При необходимости психотерапевтические мероприятия проводятся в сочетании с биологическими методами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Гарбузов В. И. Неврозы у детей и их лечение / В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев. – Л.: Медицина, 1977. – 272 с.
2. Симсон Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение / Т. П. Симпсон. – М.: Медгиз, 1958. – 216 с.
3. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М., 1959. – Т. II. – 406 с.
4. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. Руководство для врачей / Д. Н. Исаев. – спб.: Издательство «Питер», 2000. – 512 с.
5. Рахманов В. М. Психотерапия и значимость психологических исследований в системе медицинской и психосоциальной реабилитации детей с аутизмом и аутического спектра расстройствами. Методические рекомендации / В. М. Рахманов, Р. В. Рахманов. – Днепропетровск: РИА «Днепр-VAL», 2012. – 63 с.
6. Рахманов В. М. Семейный невроз – психосоматические и вегетативные расстройства у детей и взрослых / В. М. Рахманов, Р. В. Рахманов. – Днепропетровск: РИА «Днепр-VAL», 2015. – 388 с.
7. Zimprich H. Kinderpsychosomatik / H. Zimprich. – Stuttgart: Thieme, 1984. – 185 p.