

Когнітивно-поведінкова терапія як шлях до адаптації при психосоціальній дисфункції у дітей та підлітків з обмеженими функціональними можливостями

В.В. Грубляк

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, Кам'янець-Подільський, Україна

Анотація. Стаття присвячена проблемі психосоціальної адаптації дітей та підлітків з інвалідністю внаслідок перенесених захворювань нервової системи. Орієнтуючись на досвід інновацій вітчизняних і зарубіжних науковців і практиків, враховуючи аналіз сучасного стану процесу психофізичної та психосоціальної адаптації осіб з обмеженими функціональними можливостями в Україні, вивчення практичного досвіду діяльності центрів ранньої реабілітації дітей-інвалідів та підлітків, автором визначено умови забезпечення ефективності адаптації при психосоціальній дисфункції у таких осіб.

Ключові слова: реабілітація, адаптація, психосоціальна дисфункція.

Вступ

Однією з найактуальніших медико-соціальних проблем в багатьох країнах світу є проблема інвалідності дитячого населення, адже вона є медичною, соціальною, психологічною, економічною проблемою і має державне значення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, >0,5 млрд людей у світі мають різного ступеня порушення психічного та фізичного розвитку і близько 50 млн осіб мають вроджену інвалідність. Загалом у світі налічується близько 200 млн дітей з обмеженими функціональними можливостями, серед яких 3% народжуються з вадами інтелекту і 10% — з іншими психічними і фізичними вадами [1, 2].

Вагомість проблеми дитячої інвалідності також обумовлена тим, що майже у 25% інвалідів віком до 50 років інвалідизація обумовлена захворюванням, перенесеним у дитинстві (поліомієліт, дитячий церебральний параліч, хребтово-спінальна травма та ін.). Слід зауважити, що інвалідність з дитинства є найбільш чутливим індикатором якості життя населення і є відображенням негативного впливу соціально-економічних подій сьогодення та рівня розвитку усіх сфер життєдіяльності суспільства [2, 3].

В Україні уперше інвалідами впродовж року стають близько 17 тис. дітей, а серед усього дитячого населення діти-інваліди становлять 2,0–2,1%. Більшість із них зберігають статус інваліда у подальшому житті, що суттєво впливає на проблему соціальної адаптації та збереження працездатності [4–6].

Наслідками обмеження рухової активності після вроджених або перенесених (набутих) захворювань нервової системи у дітей і підлітків нерідко є психоемоційні розлади, які значно утруднюють соціально-побутову адаптацію. У зв'язку з цим вдосконалення системи реабілітаційних заходів у дітей та підлітків з обмеженими функціональними можливостями, оцінка ефективності фізичної та психологічної реабілітації, можливість прогнозування результатів відновлення є важливим завданням.

Мета роботи: вивчити та провести аналіз психоемоційного стану дітей та підлітків з обмеженими функціональними можливостями, оцінити ефективність когнітивно-поведінкової терапії у зменшенні вираженості психосоціальної дисфункції та як засобу покращення соціально-побутової адаптації.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено узагальнення результатів психоневрологічного обстеження 960 дітей та підлітків віком 7–15 років за період 2016–2020 рр. в умовах Центру ранньої реабілітації дітей-інвалідів та підлітків (ЦРРДП). За допомогою клініко-анамнестичного, неврологічного, клініко-психопатологічного та психодіагностичних методів виявлені домінуючі соматичні та психологічні на-

слідки вроджених і набутих хронічних захворювань. У ході дослідження використано статистичні методи.

Результати та їх обговорення

Вроджені або набуті, а також хронічні соматичні захворювання з тривалим перебігом, що призводили до обмеження функціональних можливостей дітей та підлітків, викликали появу специфічних та неспецифічних психологічних симптомів. Серед неспецифічних симптомів зафіксовано фобічні прояви, obsесивні (настирливі) прояви з тривожністю та депресивні синдроми. У результаті проведеного дослідження у більшості (80%) осіб відмічали замкнутість і небажання до розкриття своїх проблем, важкість у спілкуванні про свої переживання і вираженні емоцій. Крім того, у більшості осіб з обмеженими функціональними можливостями (96%) виявляли тією чи іншою мірою розлади особистості та поведінкових реакцій: сповільнення психічної активності, зміну захоплень, інстинктів та настрою.

Зниження психічної активності було також виражене в різному ступені — від підвищеної виснажливості і пасивності при астеничному синдромі (83%) до аспонтанності та іпохондрії — при астенодепресивному (3,4%). У дітей та підлітків з астеничним синдромом відмічали стан нервово-психічної слабкості, зниження тону психічних процесів і сповільнення відновлення сил, втомлюваність під час навчання, нездатність до тривалої розумової і фізичної напруги. У таких осіб виявляли синдром емоційної слабкості з дуже мінливим настроєм протягом дня, елементами капризності (плаксивості) в осіб жіночої статі та незадоволенням.

При дослідженні психоемоційного стану таких дітей та підлітків астеничний синдром частіше виявляли після перенесених гострих респіраторних захворювань (гострі респіраторні вірусні інфекції, грип, аденовірусна інфекція, синусит), при надмірному вживанні тютюну та кави. При перенесених повторних гострих інфекційних захворюваннях відмічали більш виражену астеною з пасивністю та апатичністю.

Зміна захоплень і потягів виявлялася зазвичай в небажанні займатися раніше улюбленими справами (48% випадків), підвищенні або зниженні апетиту (52%). Інколи відмічали дисоціацію з підвищеним одним і зниженим іншим потягом.

За даними нашого дослідження, у 27% осіб з обмеженими функціональними можливостями астеничний синдром через 18–24 міс трансформувався в неврастенічний. На першому плані в таких дітей та підлітків також відмічали підвищену психічну та фізичну втомлюваність, розсіяність, розосередженість, зниження працездатності, потребу в тривалому відпочинку. Найбільш

типovими були скарги на занепад сил, відсутність жвавості, енергії, знижений настрій, розбитість, слабкість, непереносимість звичайних навантажень. Але підвищена психічна виснажливості в таких осіб поєднувалася з надмірною збудливістю (явище подразливої слабкості), гіперестезією. Характерними були нестриманість і дратівливість з типовими скаргами на постійне відчуття внутрішнього напруження, дрібні непорозуміння з колегами та родичами, інколи — з бурхливою реакцією, головний біль, порушення сну, різноманітні соматовегетативні розлади (підвищене потовиділення, прискорене серцебиття, важкість у ділянці серця, неприємні відчуття в черевній порожнині та ін.).

87% осіб із обмеженими функціональними можливостями мали різного ступеня дезадаптацію зі змінами життєвого стереотипу у вигляді загальної слабкості, підвищеної втомлюваності, порушення сну, дратівливості, нестриманості. Причому практично у всіх дітей цієї групи відмічали скарги на невиражені супутні когнітивні розлади у вигляді погіршення пам'яті, важкості концентрації уваги та сповільненого сприйняття. У 2,5% осіб виявлено різного роду настирливість (обсесія) та фобії. При цьому такі симптоми не призводили до різкого порушення способу життя внаслідок поступового пристосування до фобій, уникання ситуацій, в яких виникає страх.

У 4 осіб при анкетуванні зареєстрована особистісна тривожність із утрудненням при прийнятті будь-яких рішень.

При дослідженні психоемоційного стану дітей та підлітків із обмеженими функціональними можливостями в 3,5% випадків зафіксована депресивна симптоматика. Такі діти зазвичай скаржилися на різні неприємні відчуття у вигляді стискаючого болю в серці, іноді — цефалгію або біль у животі. При цьому також було змінено сприйняття оточуючого: світ сприймався сірим, нецікавим. Характерною була відсутність бажання до отримання задоволень і розваг, несприйняття жартів. Спогади минулого та теперішнє малювалися похмуро. Сприйняття своєї особистості також забарвлювалося у тужливий фон, відмічалася власна недооцінка. За допомогою тестування у таких осіб виявлено сповільнення асоціативних процесів. Відмічено звуження кола сприйняття та інтересів: такі особи мало читають, не цікавляться подіями в світі, у сім'ї. Окрім ідеаторного гальмування, зафіксовано також рухове гальмування: сповільнені і невпевнені дії, гіподинамія, одноманітний сумний вираз обличчя, сповільнення і тихість мови, одноманітність виразів. У таких дітей також відмічені психоемоційні порушення у вигляді емоційної лабільності, сенситивності, інколи — образливості, підозрливості та настороженості (23 випадки).

Слід зазначити, що у дітей та підлітків з обмеженими функціональними можливостями проявлялися специфічні, характерні тільки для них психологічні прояви. Так, у підлітків із серцево-судинними захворюваннями в анамнезі (перенесений у дитинстві міокардит, вади серця, екстрасистолічні порушення ритму) виявлені помірно виражені форми особистісних реакцій. Підлітки з вродженими вадами серця часто відчували себе стигматизованими. У них періодично виникав страх за майбутнє, який вони намагалися компенсувати шляхом високих досягнень.

У дітей та підлітків з порушеннями ритму серця часто увага була прикута до його роботи з наступним виникненням переживань і страхів про його можливу «зупинку». Ці симптоми посилювалися особливо у нічний час, що призводило до порушення сну; через деякий час з'являлося негативне ставлення до активної діяльності з появою тривожно-депресивної симптоматики.

При обстеженні підлітків з обмеженими функціональними можливостями у 67% осіб виявляли астенічний синдром, порушення сну, зниження працездатності, періодично пригнічений настрій, соматовегетативні порушення (коливання артеріального тиску, підвищене потовиділення, періодичний біль в поперековій ділянці).

У 32% осіб виявлені психосоматичні розлади шлунково-кишкового тракту (прояви гастриту, дуоденіту, дискінезії кишечника або жовчного міхура, коліту), які супроводжувалися астенічними та астеноневротичними проявами, загостренням характерологічних рис. Залежно від тривалості психофізичних порушень, у дітей і підлітків виявляли певне виснаження психічних функцій (психас-

тенія), розсіяність, сенситивність, емоційну лабільність, інколи — іпохондричний синдром з фіксацією на власних переживаннях.

Суттєве значення у психології осіб з вродженими вадами та обмеженими функціональними можливостями мала група інвалідності.

У інвалідів I групи з дитинства виявляли низьку самооцінку, суперечливе ставлення до людей. Їм властива, з одного боку, емоційна незрілість, з іншого — їх обтяжувало положення опікуваних. Це психологічно найбільш несприятливий контингент.

Інваліди II групи з дитинства відрізнялися відносною психічною стабільністю. У них вища, ніж у інших інвалідів, самооцінка; вони відчували себе найбільш особистісно сильними, у них найменше виражена депресивність. У цієї категорії осіб міжособистісні відносини взагалі стабільні і благополучні, вони не виглядали ізольованими від інших людей. Вони краще уловлювали нюанси взаємин з оточуючими, були найбільш пластичними в спілкуванні. Хоча за цим зовнішнім благополуччям стояли зазвичай індиферентність, байдужість до оточуючих, недостатнє емоційне включення у взаємини з товаришами. Характерною для них була установка на своєрідну співпрацю з інвалідами інших нозологій, розподіл на «своїх» та «чужих», причому «чужі» свідомо оцінювалися нижче, ніж інваліди зі «своїм» захворюванням. Така установка, звичайно, ускладнювала спілкування.

Інваліди III групи з дитинства унаслідок обмежених функціональних можливостей, здавалося б, через незначну вираженість вад повинні були найкращим чином пристосуватися до життя в суспільстві з найменшими проявами дезадаптації. Проте насправді відмічено протилежне явище: у цих інвалідів виявляли значну психологічну дезадаптацію, їх самооцінка була суперечливою. Зовні, на усвідомленому рівні, вона завищена, проте це лише компенсація глибоко розташованого неусвідомленого відчуття неповноцінності, відмінності від інших. Їх загальне ставлення до оточуючих більш негативне, ніж у інвалідів I та II групи з дитинства. При цьому міжособистісне сприйняття найменше диференційоване; вони менш пластичні в міжособистісних контактах. Таке психологічне неблагополуччя інвалідів III групи з дитинства пояснюється науковцями їх невизначеним, «проміжним» положенням між хворими і здоровими людьми [7].

Контроль та моніторинг за проведенням реабілітаційних заходів в умовах ЦРРДП здійснювала група фахівців, яка складалася з невролога, кардіолога, реабілітолога, фізіотерапевта, кінезітерапевта, логопеда, психотерапевта/психолога, а також соціального працівника, згідно із складеною індивідуальною програмою реабілітації. Для корекції психосоціальної дисфункції дітей та підлітків активно застосовували психотерапію, а саме когнітивно-поведінкову терапію. Враховуючи, що при багатьох психоемоційних розладах та психологічних проблемах у дітей та підлітків спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього та ін.), а також виникають неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми, які, у свою чергу, є основними факторами, що підтримують розвиток, утримання існуючих проблем та розладів, індивідуальну психокорекцію у дітей та підлітків проводили психотерапевт та психоневролог ЦРРДП після попередньої бесіди або психологічного консультування, що включало:

- виявлення в ході бесіди проблем, які стоять перед дитиною (підлітком);
- збір анамнезу;
- оцінку психоемоційного стану шляхом тестування за шкалою депресії Бека, шкалою тривожності Спілбергера — Ханіна, шкалою оцінки психічного статусу (Mini-mental State Examination — MMSE);
- роз'яснення пацієнту суті проблеми і визначення шляхів її вирішення;
- визначення реакції дитини (підлітка) на проблеми і мотивації до їх подолання;
- розробку рекомендацій;
- проведення додаткових індивідуальних консультацій.

Під впливом проведеної когнітивно-поведінкової терапії діти (підлітки) намагалися змінити дисфункційні, негативні взір-

ці та цикли мислення та поведінки на більш реалістичні, на такі, що сприяли покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще. Це передбачало активну участь дитини (підлітка) у процесі терапії, виконання домашніх завдань, орієнтацію на те, щоб зрештою спромогтися бути самому собі стимулом та орієнтиром. Позитивну динаміку та зменшення вираженості психоемоційних порушень, покращення соціальної адаптації відмічали в усіх випадках, але переважно в дітей та підлітків II та III груп інвалідності, значно меншою мірою — інвалідів I групи, що можна пояснити емоційною незрілістю та значною залежністю — фізичною та психологічною — від опікуваних.

Висновки

Психосоціальна адаптація дітей та підлітків з обмеженими функціональними можливостями та психоемоційними розладами являє собою цілеспрямовану комплексну систему медичних, психологічних та соціально-побутових заходів, спрямованих на попередження розвитку ускладнень, відновлення або компенсацію порушених функцій. Когнітивно-поведінкова терапія в комплексі з іншими реабілітаційними заходами сприяє більш швидкому й ефективному відновленню загального психологічного статусу дітей та підлітків, реінтеграції їх у суспільство.

При проведенні психокорекції дітей та підлітків з вродженими і набутими хронічними захворюваннями, що викликали психозіфічну дезадаптацію, необхідна співпраця психоневролога, психотерапевта із хворою дитиною (підлітком) та його близькими родичами для досягнення емоційного контакту, адекватного керівництва та моніторингу за психокорекцією.

Основним завданням при проведенні психокорекції є психологічна підтримка дитини з обмеженими функціональними можливостями, сприяння психосоціальній адаптації, що дозволяє створити критичне ставлення хворого до свого стану, який виник в результаті захворювання, залучити його до активної участі у процесі реабілітації, сприяє цілеспрямованій довготривалій психологічній підтримці в процесі відновного лікування.

Відомості про автора:

Грубляк Вячеслав Валентинович — кандидат медичних наук, доцент кафедри психолого-медико-біологічних основ корекційної роботи Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Кам'янець-Подільський, Україна.

Адреса для кореспонденції:

Грубляк Вячеслав Валентинович
32301, Кам'янець-Подільський, вул. Огієнка, 61
E-mail: sladoc15@gmail.com

Список використаної літератури/References:

1. WHO (2020) Disability and health (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/index.html).
2. WHO (2012) World health statistics (apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112640/9789244564448_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
3. Kovalchuk A.Yu. (2014) The characteristic of social-demographic situation and prevalence of the socially significant diseases in the Ukraine. UMJ, 1(99) (www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2014/02/4203.pdf?upload=) (In Ukr.).
4. Dudina O.O., Tereshchenko A.V. (2014) Situational analysis of children's health. Bull. of social hygiene and health care organization of Ukraine, 2: 49–57. (In Ukr.).
5. social.un.org/youthyear/docs/Fact%20sheet%20youth%20with%20disabilities.pdf
6. The World Factbook — Central Intelligence Agency (2013) People and society: Ukraine.
7. Vynnyk M.I., Vitenko I.S. (Eds.) (2006) Fundamentals of psychodynamic diagnosis and psychotherapy. Teaching method. manual. Misto Nv, Ivano-Frankivsk, 172 p. (In Ukr.).

Cognitive-behavioral therapy as a way to adapt to psychosocial dysfunction of children and adolescents with limited functionality

V.V. Hrubliak

Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, Kamianets-Podilskyi, Ukraine

Abstract. The article is devoted to the problem of psychosocial adaptation of children and adolescents with disabilities due to diseases of the nervous system. Focusing on the experience of innovations of domestic and foreign scientists and practitioners, taking into account the analysis of the current state of psychophysical and psychosocial adaptation of people with disabilities in Ukraine, studying the practical experience of Centers for Early Rehabilitation of Disabled Children and Adolescents, the author identified conditions for dysfunction of such persons.

Key words: rehabilitation, adaptation, psychosocial dysfunction.

Information about the author:

Hrubliak Viacheslav V. — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychological, Medical and Biological Fundamentals of Correctional Work of the Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, Kamianets-Podilskyi, Ukraine.

Address for correspondence:

Viacheslav Hrubliak
32301, Kamianets-Podilskyi, Ohienko str., 61
E-mail: sladoc15@gmail.com

Надійшла до редакції/Received: 03.08.2021

Прийнято до друку/Accepted: 09.08.2021