

МЕТОДИКИ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, СТАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Ю. А. Фесенко

*Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»,
Санкт-Петербург*

Помимо психофармакокоррекции, крайне актуальной является применяемая нами (в рамках комплексной терапии) семейная системная психотерапия, подразумевающая комплекс психотерапевтических методов и приемов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи. Цель этого вида психотерапии – оптимизация семейных взаимоотношений, роль которых в борьбе с пограничными психическими расстройствами не вызывает сомнений (3).

Структура семейных ролей определяет что, как, когда и в какой последовательности члены семьи должны делать, вступая в отношения друг с другом. В нормальных семьях структура семейных ролей целостная, динамичная и носит альтернативный характер. По данным Э.Г.Эйдемиллера (5), у 66% семей, в которых проживали дети с нервно-психическими расстройствами, отмечены либо структура жестко фиксированных патологизирующих семейных ролей, либо структура как таковая отсутствовала изначально.

Семейные подсистемы – совокупность семейных ролей, которая позволяет избирательно выполнять определенные семейные функции, обеспечивая жизнедеятельность семьи. Каждый член семьи может быть участником нескольких подсистем – родительской, супружеской, детской, мужской, женской и др. Одновременное функционирование в нескольких подсистемах обычно малоэффективно.

Границы между подсистемами – это правила, определяющие, кто и каким образом выполняет семейные функции. В нормальных семьях они ясно очерчены и проницаемы. В семьях дисгармоничных они либо жесткие (между подсистемами не происходит обмена информацией), либо размыты (стрессы, переживаемые в одних подсистемах, легко иррадируют на другие).

Исходя из этого, в системной семейной психотерапии мы ставим перед собой следующие задачи:

1. Объединение психотерапевта с семьей.
2. Усвоение и поддержание процессов, которые обеспечивают сохранение привычного функционирования семейных подсистем, распределение ролей.

3. На втором этапе психотерапии – создание различных фрустрирующих ситуаций с целью инициировать переход семьи на иной, более сложный уровень функционирования, ведущий к гармонизации взаимоотношений.

Содержанием семейной психотерапии является анализ взаимодействия всех членов семьи, которые собираются вместе в ситуации «здесь-и-теперь».

В терапевтическом процессе выделяется 2 этапа: на первом происходит присоединение психотерапевта к семейной системе, выявление и усложнение когнитивных сценариев, с помощью которых происходит регуляция семейных отношений; указывается на негармоничный тип принятого в данной семье воспитания, на то негативное влияние нарушенных взаимоотношений, которое ведет к утяжелению патологических симптомов; на втором – реконструкция семейных отношений.

На первом этапе создается и усиливается мотивация у обратившихся за помощью. Предоставляется информация о роли семьи в происхождении нервно-психических расстройств у детей и особо подчеркивается, что в любой семье заключен не только патогенный фактор, но и саногенный (путь к выздоровлению). Делается положительное эмоциональное подкрепление самой попытки обратиться за помощью. Огромное значение имеет «присоединение» психотерапевта к семье пациента, причем особая роль принадлежит здесь динамике поведения врача от «наблюдателя», «вершителя судеб», «всесильного волшебника», от роли, приписываемой ему членами семьи, к роли одного из элементов семейной системы – «того, кто говорит, как мы», «того, у кого, оказывается, есть такие же проблемы, но он их уже решил». Используется специальная программа психотерапевтических упражнений, разработанная в подростковом центре кафедры детской и подростковой психотерапии Медицинской академии последипломного образования Санкт-Петербурга (5), цель которых – развитие навыков невербальной коммуникации, эмпатии, экспрессии своих переживаний, развитие и обогащение когнитивных сценариев.

Второй этап – реконструкция семейных отношений. Здесь производится анализ мотивации поведения участников сеансов, их эмоциональных реакций, оценочных суждений о взаимоотношениях в семье. Анализу подвергаются мысли, чувства, поступки, возникающие «здесь-и-теперь». Актуализация и структурирование полученного материала осуществляется с помощью разыгрывания ролевых ситуаций, упражнений гештальттерапии: «раундов», диалога частей «Я» члена семьи и невербального диалога между участниками разных подсистем семьи.

Широко применяется методика с домашними заданиями (в виде прямых директив, метафорических и парадоксальных), семейная психодрама.

Работа по реконструкции семейных отношений способствует установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и реципрокно связанному с этим ослаблению функционирования других подсистем. Если ранее супруги большую часть времени неосознанно смешивали родительский и супружеский контекст, что приводило их, с одной стороны, к неудовлетворенности супружеством, и, с другой, появлению проблем или симптомов у ребенка, то в процессе психотерапии разделение родительского и супружеского контекстов способствует повышению их эффективности и как супругов, и как родителей, что благотворно отражается на самочувствии ребенка.

Не меньшее значение в коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений при синдроме СНВГ имеет игровая групповая психотерапия, причем надо отметить, что у детей с неврозами эти нарушения представлены так же ярко, что и определяет схожесть методик игровой коррекции при СНВГ и неврозах, используемой нами.

Задачи групповой игровой психотерапии вытекают непосредственно из того запутанного клубка проблем, которые буквально обволакивают гиперактивного ребёнка. Вся работа в группе преследует цель воздействовать на основные составляющие отношений личности: познавательную, эмоциональную и поведенческую. Следует сразу же оговориться, что в работе с группой детей, страдающих синдромом гиперактивности, нами применяется директивная, регламентированная психотерапия, где пациент активен и идёт к познанию себя, других, к познанию жизни.

Как было сказано выше, психотерапия в детском и подростковом возрасте всегда, при любом её виде – это и семейная психотерапия.

Поэтому в проводимых нами занятиях (сессиях, сеансах) принимают участие и родители пациентов. Используются различные формы этого участия – от пассивного наблюдения до исполнения роли в тренингах.

Итак, задачи воздействия на каждую из названных выше сфер следующие:

1. Познавательная (когнитивная, интеллектуальное осознание). Ребёнок должен осознать как он

воспринимается окружающими (участниками группы, присутствующими взрослыми), какие ситуации в процессе игры вызывают у него недовольство, тревогу, как остальные реагируют на его поведение, к чему оно ведёт и какова его роль в возникновении конфликтных ситуаций. Пациенту необходимо понять, каким путём можно избежать повторения неверного способа реагирования, осознав через это глубинные причины своих переживаний, выявив связь между патогенными факторами и возникновением у него внутрличностного конфликта. Ю.А.Александровский (1) подчёркивает, что в личностно-ориентированной групповой психотерапии «представляется более точным говорить не столько об осознании, сколько о формировании более адекватного самосознания и расширении его сферы», с чем нельзя не согласиться, учитывая личностные особенности гиперактивного ребёнка.

2. Эмоциональная сфера. Ставится задача помочь ребёнку ощутить собственную ценность через оказанную эмоциональную поддержку со стороны участников группы. Пациент учится свободе в выражении собственных эмоций, учится выражать словами те чувства, которые возникают в процессе общения (гиперактивные дети относятся к пациентам, страдающим алекситимическими расстройствами, суть которых широко осветил в своих работах Э.Г. Эйдемиллер) (5). Создаваемые в процессе занятий игровые ситуации должны помочь ребёнку почувствовать неадекватность его эмоциональных ответов и произвести их эмоциональную коррекцию.

3. Поведенческая сфера. Главная задача – помочь пациенту преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в группе, с тем, чтобы затем ребёнок смог перенести скорректированную на занятиях модель поведения на повседневное жизненное поле, главным образом выражаемую в виде взаимопомощи, взаимопонимания, сотрудничестве, ответственности.

В качестве основных механизмов лечебного воздействия групповой психотерапии могут рассматриваться: корригирующее эмоциональное переживание, конфронтация и научение.

Корригирующее эмоциональное переживание. В это понятие прежде всего входит эмоциональная поддержка, подразумевающая собой принятие пациента психотерапевтом и группой, признание его человеческой ценности, значимости и готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Эмоциональная поддержка оказывает устойчивое положительное воздействие на самооценку ребёнка и, как следствие, производит корригирующее эмоциональное воздействие на отношение его к себе. Ребёнок переживает свой прошлый и текущий опыт, анализирует его, перерабатывает, выбирая более адекватные формы эмоционального реагирования.

Конфронтация. Заслуженно считается, что она представляет собой ведущий механизм лечебного

воздействия, направленного на личностные изменения. Это не что иное, как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, эмоциональными и поведенческими стереотипами. Осуществляется этот механизм за счёт обратной связи между пациентом и психотерапевтом, между каждым из членов группы и группой как целым. Благодаря создаваемой конфронтации ребёнок получает информацию о том, какие эмоциональные реакции у окружающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, каковы цели и мотивы его поведения, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы характерны для него.

Научение. Оно осуществляется как прямо, так и косвенно. Группа выступает как модель реального поведения ребёнка, создавая условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, поведения, позволяя вычленив конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания. Возникшие изменения позитивно подкрепляются в группе, а пациент, в свою очередь, реально ощущает свою способность к таким изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и положительно воспринимаются окружающими.

Следует еще раз повторить о положительной роли игровых тренингов для родителей пациентов. Методика групповой игровой психотерапии органично интегрирует различные приёмы исправляющего воздействия, оказывающих заметное влияние на когнитивно-мнестическую, потребностно-мотивационную, социально-коммуникативную сферы личности, что позволяет и родителям пациентов приобрести неоценимый эмоциональный, поведенческий и когнитивный опыт межличностного взаимодействия для решения проблем наиболее полной социализации своих воспитанников. Не случайно для родителей нами практикуется комментарий ко всему происходящему в группе.

Необходимо отметить, что целесообразно разделение игровых групп по возрастному признаку. Нам кажется, что наиболее эффективным является формирование младшей (7–10 лет) и старшей (11–15 лет) групп, хотя довольно часто девяти-десятилетних детей мы привлекаем для участия в старшей возрастной группе, а старших, но инфантильных, не принимаемых сверстниками – в младшей. Количество детей в группе колеблется в пределах от 8 до 12 человек, что, по нашему опыту, обеспечивает наиболее оптимальный режим работы, способствуя достижению главной цели психотерапевта – превращение диффузной группы в психотерапевтический коллектив.

Не является проблематичным включение в группу гиперактивных детей пациентов, страдающих неврозом (наиболее предпочтительно – неврастенией и неврозом навязчивых состояний). Дети-невротики, испытывающие выраженную неуверенность

в себе, в такой группе наблюдают повышенную активность, а порой и агрессивность гиперактивных пациентов, что может ассоциироваться у них (хотя бы внешне) с уверенностью в своих силах, то есть быть примером поведения в коллективе.

Игровая коррекция в группе проводится нами в течение 12–14 занятий. Периодичность – 1 раз в неделю. Длительность занятия – 1,5–2 часа. В дни между занятиями проводятся сеансы различных индивидуальных психотерапевтических методик, а также даются задания для домашней работы (целенаправленные тренинги для всех социально-значимых членов семьи).

С помощью групповой игры довольно успешно удается укрепить уверенность ребенка в своих силах, создать непринужденность в контактах и выработать адекватные навыки общения через конструирование игр взаимовоздействия со сверстниками. В игре используется драматизация негативных переживаний ребенка, жизненных конфликтных ситуаций (в школе, во дворе, дома), поступков, из-за которых его наказывали или отвергали.

В группе игровая драма проводится либо в виде кукольного спектакля, либо в виде сценок-импровизаций, в которых не запрещается привлечение взрослых (по желанию любого пациента). Нами применяется методика перемены ролей, которая позволяет ребенку «оказаться в шкуре» то боящегося, то успешно защищающегося, то агрессивно или недружелюбно настроенного, то миролюбивого, то сильного и благородного. Выступление перед сверстниками и перед присутствующими взрослыми оставляет яркий эмоциональный след в душе маленького человека, что уже само по себе является важным положительным моментом в его борьбе с неуверенностью. По мере привыкания детей к правилам работы в группе, все реже используются игровые реквизиты, все чаще игра приобретает вид драматического спектакля. Здесь особая роль отводится реальным историям, которые всегда актуальны, так как затрагивают жизненные стороны отношений детей. Эти истории уже имеют более конкретный сценарий, определяются постановкой реальных задач и выработкой определенного плана действий на будущее. На этом этапе широко используются примеры из жизни человека, страдающего тем или иным видом нарушений. Обыгрывается эмоциональная сторона страдания (мучительное чувство неуверенности, страха, тревоги, стыда, несправедливо причиненной обиды и др.), вербализируются мысли, переживания и желания больного неврозом и другими пограничными расстройствами (особенно заиканием). С помощью игровых приемов происходит обучение адекватным приемам поведения в сложных жизненных ситуациях, что особенно важно и для детей, не умеющих постоять за себя, и для тех, кто предпочитает силу, агрессивность и грубость иным способам общения. Дети узнают себя как бы в зеркальном отражении («психотерапевт – зеркало для пациента»), что способствует

осознанию и перестройке ими своих нежелательных черт поведения.

Помимо групповой и семейной психотерапии, нами применяется гипносуггестивная психотерапия и приемы аутогенной тренировки (далее – аутотренинг). Гипносуггестия проводится в группе (8–10 чел.), причем при лечении заикания и логоневроза – в конце каждого занятия по новому способу психофизиологической коррекции речи (10), а при лечении энуреза, тиков, неврозов, СНВГ – в специально выделенные для сеансов дни (1 раз в неделю), в количестве 10–12 сеансов на курс. Следование принципу гомогенности группы обязательно, так как формулы гипнотического внушения отличаются по содержанию, отражающего патогенетический механизм конкретного заболевания.

Не исключается совмещение видов психотерапии, а в большинстве случаев даже является необходимым. Так, при неврозе навязчивых состояний (особенно при фобиях) максимально эффективным стало сочетание групповой игровой психотерапии, внушения наяву (как один из приемов рациональной терапии) и методов косвенного внушения. При неврастении хорошие результаты дает сочетание групповой гипносуггестивной психотерапии и игровой психотерапии в группе. При истерическом неврозе показано внушение наяву в сочетании с косвенным внушением и индивидуальной игровой психотерапии. Дети, страдающие энурезом, дают наиболее выраженную положительную динамику, когда психотерапевт проводит одновременно индивидуальную патогенетическую и групповую гипносуггестивную психотерапию, а родители в домашних условиях применяют косвенное внушение (по заданию врача) и совместно с ребенком проводят сеансы аутотренинга (6). При лечении тиковых расстройств хорошие результаты получены, когда сочеталась групповая гипносуггестия, аутотренинг и приемы косвенного внушения.

Особо следует сказать о работе с детьми, у которых синдром нарушения внимания с гиперактив-

ностью является ведущим в клинической картине. Как правило, на первый план здесь выступает именно гиперактивность, которая, на первый взгляд, мешает проведению занятий в группе, и в общей психотерапевтической практике довольно часто служит причиной отказа таким пациентам в психотерапии. По нашему мнению, особенно в силу того, что именно у этих детей имеются наиболее ярко выраженные конфликты в семье, среди сверстников и в школе, психотерапевтическое воздействие при СНВГ жизненно необходимо. Нами успешно применяется сочетание групповой игровой и гипносуггестивной психотерапии (эффект наступает с 3–5 сеансов, что требует немало терпения от психотерапевта), когнитивного и позитивного методов, которые базируются на самой важной части воздействия – системной семейной психотерапии.

В заключение важно еще раз подчеркнуть особую роль семейной психотерапии в лечении любой нозологической формы пограничных психических расстройств: нелепо надеяться на хорошие результаты при использовании любого из методов психотерапии, если пренебречь коррекцией семейных отношений. Мы считаем, что дисгармония в семье нашего пациента является ведущим патогенетическим звеном. Задача психотерапевта, по нашему мнению, заключается в том, чтобы в результате совместной психотерапии родители стали более адекватно и внимательно относиться к ребенку, научились вместе с ним представлять себя на месте друг друга, научились понимать и изменять свои отношения, помогать в преодолении вновь возникающих трудностей. Результаты нашей работы позволяют с оптимизмом оценивать все перспективы развития методов семейной диагностики и психотерапии. Мы можем с уверенностью отметить, что люди постепенно избавляются от страха познания и самопознания, учатся раскрывать и использовать свои возможности, другими словами, стоят на пути формирования истинно гармоничной личности, личности без невроза.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: «Медицина», 1993. – 400 с.
- 2 Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Заикание и логоневроз. Диагностика и лечение. – СПб.: «СОТИС», 2000. – 288 с.
- 3 Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Рубин М.Ю. Плохой хороший ребенок. – СПб.: «ЭЛБИ - СПб», 2003. – 320 с.

- 4 Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 206 с.
- 5 Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. Методическое пособие. – М., СПб.: «Фолиум», 1996. – 103 с.
- 6 Фесенко Ю.А., Лохов М.Ю. Энурез у детей: традиционные и нетрадиционные методы терапии. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2003. – 136 с.