

6. Faraone S.V., Biederman J. Neurobiology of attentiondeficit hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 1998; 44: 10: 951-958.
7. Семакова Е.В., Макарова И.Ю. Семейно-социальные условия развития гиперактивности. "Успехи современного естествознания"., 2007., №9.
8. Frankel F., Myatt R., Cantwell D.P. Parent-assisted transfer of childrens social skills training; effect on children with and without ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 8: 1056-1064.
9. Biederman J., Mick E., Faraone S.V. Normalized functioning in youths with persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. J Pediatr 1998; 133: 4: 11: 544-551.

Роль семьи в психотерапии детей и подростков

Корнилов А.А.,

ГПП № 223, г. Москва

aleks-kornilov@yandex.ru

Работа основана на данных, полученных в результате консультирования и лечения детей и подростков, обратившихся за психотерапевтической помощью в ГПП №223 Департамента здравоохранения г.Москвы за период 2008-2011 годов. Проанализировано 84 клинических случая.

Основной контингент на амбулаторном приеме у врача психотерапевта составляют дети с невротическими и психопатоподобными расстройствами. Представляется возможным выделить два аспекта проблемы – симптоматический (проявления клинической симптоматики невротического уровня) и социально – педагогический. Второй выражается в социально значимом изменении поведения ребенка, на что детально обращают внимания родители и педагоги. Характерно, что родители чаще склонны актуализировать внимание на последнем аспекте.

Изменения в поведении ребенка или появление симптомов, проявляющихся в отклонении поведения и снижении школьной

успеваемости, часто становятся для родителей первичной мишенью для терапевтического воздействия. В понимании родителей происходит размытие границ клинической симптоматики с педагогическими трудностями. Во время первых встреч с психотерапевтом родителям предлагалось составить список жалоб и проблем ребенка в иерархическом порядке. В подавляющем большинстве случаев приоритет отдавался значимым для родителей моделям нежелательного поведения (непослушание, вспыльчивость, снижение успеваемости, жалобы на ребенка со стороны учителей и т.п.). Предпосылками для данных жалоб могли служить как биологические факторы, так и последствия дисгармоничного воспитания и социально-педагогической запущенности. Некоторые родители старались «вылечить болезнь воспитанием» или, наоборот, дать социально-педагогической запущенности клинический ярлык.

В психотерапевтической работе с родителями прослеживаются четкие установки на допустимое поведение своего ребенка. Именно невозможность собственными силами удержать ребенка в коридоре допустимого поведения явилось у 64% родителей поводом к обращению за помощью к психотерапевту, психиатру или психологу.

Более глубокая работа с родителями показывает, что мотивирующим фактором для обращения за помощью является собственное чувство дискомфорта, тревоги, стыда, что их ребенок «плохо воспитывается». В мышлении родителей появляются негативные представления о своем ребенке: «мой ребенок не такой как все», «мой ребенок хуже других», «мой ребенок ведет себя плохо, потому что меня не любит». Появляется элемент условности материнской любви и принятия ребенка, что в свою очередь является дополнительной психогенией для маленького пациента. У 15,5% матерей недовольство своим ребенком приводило к появлению невротической симптоматики (тревога, навязчивые мысли, бессонница, психастения, декомпенсация патологических черт личности). Также примечателен факт, что у более трети матерей в свою очередь выявлялись

сопутствующие невротические расстройства, которые находили отражение в изменении отношения к ребенку и ухудшении психологического климата в семье. Таким родителям дополнительно предлагалась индивидуальная психотерапевтическая работа.

Не менее важной является позиция отца. Доля детей из полных семей (два родителя, проживающих совместно) составила 69%, среди них биологическими отцами воспитывалось 81% исследуемых. 40% отцов отказались принять участие в психотерапевтической работе. Объяснением отказа чаще всего служили ссылки на занятость по работе, отрицание возможности психотерапевтической и психологической коррекции, недоверие к службе психотерапевтической помощи и уверенность в том, что проблема должна решаться жесткими воспитательными подходами. Лишь у 22% отцов отмечалась позиция сотрудничества и вовлеченности в работу. Оба родителя пришли на первичный прием в 8% обращений. И всего один ребенок (мальчик, 14 лет) пришел на первичный прием вдвоем с отцом.

Относительно проявлений симптоматики своих детей, приходится слышать от родителей, что дети многое делают назло, не справляются с учебной из-за лени, а порой (чаще это наблюдается у отцов) возникает искреннее непонимание, почему дети не могут перестать болеть под действием их внушения. Родители берут на себя многие личностные роли детей (делают за них уроки, вмешиваются в отношения внутри детских коллективов, а порой просто принуждают детей к тем или иным моделям поведения). Подобные установки родителей несомненно представляют собой цель для анализа и психотерапевтической работы.

Комплексную психотерапию всей семьи трудно переоценить. Среди нежелательных моментов индивидуальной психотерапевтической работы с ребенком, без вовлечения семьи в целом, представляется возможным выделить:

1. Перекладывание ответственности за состояние ребенка на врача психотерапевта.

2. Краткосрочность психотерапевтического воздействия, ограниченное временем приема и стенами психотерапевтического кабинета.
3. Недостаточную мотивацию ребенка на работу со специалистом.
4. Сохранение моделей дисгармоничного воспитания как этиологического фактора расстройств.
5. Наличие в ряде случаев условной психологической выгоды симптоматики ребенка для родителей.
6. Наличие у одного или обоих родителей невротических расстройств и личностных дисгармоний.

Как показывает практика, часть родителей (более 15%) отказывается принимать ведущую роль в терапевтическом процессе. Индивидуальная работа с такими детьми, приводит к менее выраженным результатам лечения, преждевременному прекращению лечения вопреки совету врача, повторным обращениям и более частому назначению фармакотерапии. В большинстве случаев причинами отказа являлось не принятие собственной роли в проблемах ребенка и нежелание переводить проблему на семейный уровень. Подобные родительские установки отмечались ригидностью и при попытках влияния приводили к срыву психотерапевтической работы.

Наилучшие результаты были достигнуты при комплексном психотерапевтическом воздействии. Работа включала индивидуальные сессии с ребенком, с матерью (или обоими родителями) и семейную психотерапию. Учитывались пожелания и мнения всех участников психотерапевтического процесса, в том числе и детей, независимо от их возраста. Принятие во внимание позиции ребенка достоверно увеличивает степень доверия к специалисту, вовлеченность в работу и ответственность за свое поведение вне стен психотерапевтического кабинета.

В работе, в рамках мультимодального подхода, применялись следующие методики: трансактный анализ; психотерапия «материнской любовью» по Б.З. Драпкину; когнитивная психотерапия; нейро-

лингвистическое программирование; трансовые и ресурсные методики, элементы телесно-ориентированной психотерапии; по показаниям – фармакотерапия.

Наилучшие результаты были достигнуты при работе с родителями в рамках концепции трансактоного анализа, позволяющего объяснить и рационализировать отношения в семье и элементы дисгармоничности в воспитательных подходах к ребенку. Примечательно, что с 10-12 летнего возраста дети самостоятельно охотно обучались трансактоному анализу, меняли свои формы поведения, быстрее родителей выходили из «психологических игр», брали на себя роль «взрослого».

В процессе лечения возрастала роль родителей. Обучающие беседы, подбор литературы для самостоятельно прочтения позволяют родителям стать своего рода психотерапевтами для своих детей. Сравнивая психотерапевтическую эффективность врача в стенах кабинета с психотерапевтическими посланиями, идущими от родителей, стоит отметить значительное превосходство последних. Начальные элементы трансактоного анализа, обучение матерей психотерапии «материнской любовью» по Б.З. Драпкину, простые ресурсные методики, телесно-ориентированные техники не представляют значительных сложностей для усвоения.

Высокого уровня сотрудничества удалось достичь более чем у трети родителей, обратившихся со своими детьми. У детей данной группы отмечалась отчетливая редукция симптоматики, восстановление социальной адаптации, повышение адаптационного потенциала и сопротивляемости повторным стрессовым воздействиям, улучшение успеваемости. Климат в семье становился благоприятным, прекращались конфликты между родителями, воспитательные подходы к детям гармонизировались, возросло субъективное психологическое благополучие всех членов семьи. Таким образом, вовлечение родителей в психотерапевтический процесс, работа с детьми через концепцию семейной психотерапии, уход

психотерапевта от директивных установок к позиции партнерства повышает качество психотерапевтической помощи.

**О повышении социальной компетентности людей,
страдающих расстройствами аутистического спектра (РАС).**

Костин И.А.,

Институт коррекционной педагогики РАО

kostin_ia@mail.ru

Опыт длительного психологического сопровождения людей, страдающих расстройствами аутистического спектра (РАС), показывает, что положительную динамику в состоянии и степени адаптированности таких людей можно наблюдать в любом возрасте. В развивающей среде – в меру требовательной, эмоционально принимающей, мобилизующей, относительно предсказуемой и осмысленной – аутичный человек и во взрослые годы может становиться все более выносливым, заинтересованным в людях и гибким. И наоборот: если жизнь аутичного человека бедна на эмоционально значимые события, если нет никакой мобилизующей его субъективно важной деятельности, то в адаптации может идти некоторый регресс, человек становится более пассивным и стереотипным.

В то же время есть ряд черт, которые остаются очень устойчивыми у многих людей, страдающих РАС. К ним можно отнести социальную дезориентированность, наивность и бесхитрость в отношениях, трудности понимания «неписаных законов», нюансов и тонкостей социального взаимодействия, юмористического и метафорического в речи. Им сложно сопереживать чувствам, понимать позицию и точку зрения другого человека. Эти особенности, конечно, значительно затрудняют дальнейшую социальную адаптацию аутистов.

Особую значимость они приобретают в отношении тех аутичных ребят, которые самостоятельно, без сопровождения передвигаются вне своего дома. Конечно, это становится возможным далеко не во всех случаях, и сам факт