

Психиатрическая помощь детям в практике семейного врача



Игорь Анатольевич Марценковский, доктор медицинских наук, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «детская психиатрия», Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии, г. Киев

— В настоящее время в ряде регионов Украины (Донецкой, Днепропетровской, Винницкой областях и городе Киеве) проводится эксперимент по реформи-

ванию системы здравоохранения. Основной целью реформы является реорганизация системы медицинской помощи с подразделением ее на первичную, специализированную, высокоспециализированную и неотложную. Предполагается, что основой системы здравоохранения станет первичная медицинская помощь, которую будут оказывать специалисты первичной практики — семейные врачи.

Детские психиатры Украины обеспокоены вопросом о том, как в процессе реформы будет изменен порядок оказания психиатрической помощи детям. В какой степени к сфере компетенции семейных врачей будут относиться

вопросы охраны психического здоровья детей, вопросы диагностики и лечения психических заболеваний?

Четких ответов на эти вопросы нет. Большинство экспертов склоняются к мысли о том, что ответственность врачей первичной практики должна сводиться к раннему выявлению расстройств психики у детей и переадресации их для оказания психиатрической помощи на уровень специализированной психиатрической помощи.

В рамках совместного образовательного проекта Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии, университета SUNY Upstate штата Нью-Йорк

(США) и «Медичної газети «Здоров'я України» мы обсуждаем организацию психиатрической помощи детям на первичном уровне медицинской помощи в США. Нашим партнером разработана специальная программа повышения квалификации семейных врачей и педиатров в области детской психиатрии. Принимают ли семейные врачи США участие в диагностике и лечении психических расстройств у детей? Каковы границы их компетенции при оказании психиатрической помощи детям? На эти и другие вопросы отвечает профессор кафедры детской психиатрии университета SUNY Upstate штата Нью-Йорк Джеймс Димер.

Джеймс Димер: Самое важное, что мы можем сделать для родителей и их детей, — это выслушать, понять, поддержать, обнадежить и быть с ними

? Как распределены роли семейных врачей и психиатров в оказании психиатрической помощи детям в США?

— В США примерно 80% детей, страдающих психиатрическими расстройствами, получают психиатрическую помощь у врачей первичной помощи. Как правило, эти дети страдают легкими формами расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ), имеют оппозиционное или агрессивное поведение, тревожные или депрессивные расстройства. Дети с психическими расстройствами, получающие медицинскую помощь у педиатров, семейных врачей, врачей общей практики, чаще имеют по оси I DSM-IV единственный диагноз.

Мы рекомендуем врачам первичной помощи направлять детей к детскому психиатру в тех случаях, когда у ребенка могут быть диагностированы коморбидные расстройства по оси I, когда есть необходимость в одновременном использовании нескольких психотропных препаратов, при резистентности к назначаемой медикаментозной терапии. В случае психоза, персизивного расстройства развития (расстройства из спектра аутизма) мы также рекомендуем семейному врачу сразу направить ребенка к психиатру.

? Как организовать диагностику расстройства психики у детей в семейной амбулатории в условиях жесткого лимита времени на обслуживание каждого пациента? На чем в первую очередь вы бы посоветовали сосредоточить свои усилия украинским семейным врачам: на скрининговых процедурах, интервью с родителями, сборе информации из учебных заведений, непосредственном осмотре ребенка?

— Основой и особенностью детской психиатрической диагностики является необходимость параллельного сбора и оценки разносторонней информации

из разных источников (коллатерального сбора информации) о функционировании ребенка в школе, семье, на улице. Такая информация позволяет оценить уровень функционального дефицита в различных сферах его деятельности: дома, в школе, на улице, в других общественных местах, и является критически необходимой для правильной диагностики и составления плана лечения таких расстройств, как РДВГ оппозиционное, агрессивное и антисоциальное поведение. Это именно те расстройства, за диагностику и лечение которых несет ответственность семейный врач.

Как обработать, формализовать и оценить информацию о ребенке, полученную из различных источников? Для этого используются многочисленные оценочные шкалы, такие как шкала сильных и слабых особенностей ребенка (SDQ), шкалы Коннора, Вандербилта, скрининговые шкалы для детской тревоги (SCARED) и тревоги (CES-DC) и др. Эти шкалы семейные врачи еще до первого осмотра рассылают родителям, школьным учителям, воспитателям дошкольных учреждений, учителям школьных продленных программ, работникам социальных служб.

К сожалению, врачи первичной практики не всегда это делают, что значительно снижает эффективность оказываемой ими психиатрической помощи. Нежелание врачей общей практики использовать оценочные шкалы, как правило, объясняется недостатком времени.

Я постоянно использую оценочные шкалы. Это позволяет мне правильно выбрать тактику лечения, организовать команду необходимых специалистов, включая родителей, учителей, социальных работников и психотерапевтов, мониторировать изменения тяжести клинических проявлений и социального дефицита под влиянием наших интервенций.

Значительная часть помощи оказывается членами таких терапевтических команд, большинство из которых не работают в амбулатории семейного врача, например школьные психологи, работники социальных программ. Семейный врач должен грамотно использовать эти ресурсы. Медицинские сестры и социальные работники семейных амбулаторий выполняют важную роль при организации взаимодействия между членами терапевтической команды.

Очень часто, психические расстройства носят хронический характер, поэтому невозможно добиться полного излечения пациента, однако можно добиться значительного улучшения функционирования и социальной адаптации больного. Несмотря на это родители часто надеются на полное выздоровление и постепенно по мере улучшения состояния ребенка увеличивают свои ожидания от него. Часто в таких случаях родители сталкиваются с разочарованием и отчаянием, им кажется, что проводимые интервенции утратили свою эффективность. В такой ситуации мы используем оценочные шкалы для мониторинга количественных изменений состояния ребенка, что демонстрирует очевидность изменения его состояния. Я провожу скрининги с использованием оценочных шкал каждые 3-6 месяцев.

Еще одним важным фактором психиатрической помощи на этапе первичной медицинской помощи является наблюдение за динамикой семьи. Очень часто дети, страдающие психическими расстройствами, живут в дисфункциональных семьях (родители находятся в разводе, уход за больными детьми осуществляют бабушки, дедушки или другие родственники). Такие условия часто приводят к формированию дезадаптивного паттерна поведения ребенка. Поведение может зависеть от того, с кем из родственников он находится. В таких случаях семейному врачу необходимо



контактировать со взрослым, который непосредственно проводит время с ребенком и ухаживает за ним, и по возможности собирать и учитывать информацию, полученную от обоих родителей. Это позволяет лучше понять мотивы и паттерны дисфункционального поведения ребенка.

? Чем должен руководствоваться семейный врач при постановке психиатрического диагноза ребенку? Имеет ли он на это юридическое право? Некоторые детские психиатры в Украине убеждены, что постановка психиатрического диагноза ребенку должна быть исключительной компетенцией детского психиатра. Такие ограничения в сознании специалистов ассоциируются с опытом США в области защиты прав человека.

— Таких ограничений в США не существует и не существовало. Семейный врач занимается диагностикой расстройств психики как у взрослых, так и у детей. Он также занимается лечением психических расстройств, в том числе выписывает необходимые психотропные препараты.

При постановке психиатрического диагноза ребенку семейный врач использует те же диагностические процедуры и руководствуется теми же диагностическими критериями, что и врач-психиатр. Но диагностика на этапе первичной медицинской помощи имеет и свои особенности.

Семейный врач должен смотреть на ребенка через призму не столько ранней диагностики расстройств и рекрутинга

клиентов для специализированных сервисов, сколько через призму дисгармоничности его развития. Если применять вышеуказанный подход, то гораздо легче определить сильные стороны развития ребенка, проблемные сферы функционирования, определяющие базовый дефицит развития и использовать программы профилактические и направленные на коррекцию нарушений развития.

В процессе психиатрической диагностики на этапе первичной медицинской помощи основное внимание акцентируется на выявлении сильных сторон развития ребенка и функционирования его семьи. Вместо того что бы фокусировать внимание на диагнозе ребенка по оси I DSM-IV, что, как правило, ведет к дальнейшей стигматизации ребенка, или выявлении симптомов, к которым может быть применена психофармакотерапия, по настоящему грамотным будет подход, сосредоточенный на определении уровня развития ребенка в таких сферах, как крупная и мелкая моторика, сенсорные нарушения, когнитивное и социальное функционирование, коммуникативные навыки, эмоциональная зрелость и моральное развитие. Полученные показатели развития сравниваются с возрастными нормами.

Семейному врачу, конечно же, необходимо поставить диагноз и по оси I DSM-IV, однако взгляд на проблему ребенка только со стороны диагноза или симптома, приводит к чрезмерно упрощенному пониманию проблем ребенка и соответственно ведет к недопониманию того, какие мероприятия могут быть полезными для лечения этого ребенка и улучшения его функционирования.

? При оказании психиатрической помощи детям семейному врачу необходимо найти взаимопонимание с родителями ребенка. Как это сделать?

— Большинство родителей, которые приходят к врачу первичной практики с жалобами на психические расстройства ребенка, обладают внутренним предубеждением и враждебностью к доктору и часто проявляют защитную реакцию во время интервью. Это объясняется тем, что в истории психиатрии были периоды, когда психиатрической наукой на родителей возлагалась вина за наличие у детей психического расстройства. Например, считалось, что возникновение шизофрении или аутизма связано с неправильным воспитанием ребенка, дефицитом во взаимоотношениях между ним и матерью, неправильным формированием детско-материнской привязанности.

Родители часто винят себя в возникновении психических расстройств ребенка, испытывают стыд и унижение, отчаяние, страх стигматизации, боятся, что визит к врачу приведет к потере надежды на выздоровление ребенка. С момента возникновения симптомов психического заболевания, как правило, проходит 2-3 года прежде чем родители решаются обратиться за помощью к врачу. Необходимо понимать, что большинство родителей приходит в кабинет врача первичной практики со скрытым чувством вины и они очень чувствительны к осуждению и любым проявлениям неуважения с его стороны.

Таким образом, одним из самых важных компонентов оказания психиатрической помощи ребенку является установление стабильных доброжелательных отношений с его родителями. В этом случае, наиболее эффективным является выявление и устранение фрустрации у родителей. Необходимо одобрить, похвалить родителей за все те усилия, которые уже были предприняты для того, чтобы помочь своему ребенку до момента консультации. Самое важное,

что мы можем сделать для родителей и их детей, — это выслушать, понять, поддержать, обнадежить и быть с ними.

В детской психиатрии важным условием для постановки правильного диагноза и планирования лечения является изучение взаимоотношений между ребенком и родителями. Эти отношения всегда имеют две составляющие — отношения родителей с ребенком и ребенка с родителями. Изучая эти отношения, следует всегда помнить метафору Карла Витакера: «это танец, когда один из партнеров производит движение, и в ответ его партнер тоже производит движение». А. Винекот назвал взаимоотношение словосочетанием «goodness of fit», акцентируя внимание на том, что «родители и ребенок подходят друг другу по темпераменту». Очень часто при поведенческих нарушениях у детей мы не наблюдаем «goodness of fit», то есть родители и ребенок не подходят друг другу по темпераменту.

Когда доктор наблюдает ребенка с поведенческими нарушениями он изучает не только его дисфункциональность, но и некий дефицит в общении с ребенком, который демонстрируют его родители.

Вместо того чтобы рассматривать поведенческие нарушения как патологию ребенка, имеет смысл сконцентрироваться на взаимоотношениях между родителями и ребенком, которые в данный момент являются дисфункциональными, и выработать план мероприятий, направленный на улучшение взаимоотношений в семье.

Я стараюсь использовать этот подход, разговаривая с родителями ребенка, и учу семейных врачей использовать этот принцип в повседневной практике.

? Теперь давайте обсудим особенности работы семейного врача с ребенком, имеющим психические или поведенческие расстройства. Как организовать работу и найти взаимопонимание?

— С чего начать психиатрический осмотр ребенка? Ответ на этот вопрос зависит от стадии развития ребенка. Например, при установлении взаимоотношений с детьми ясельного, дошкольного или раннего школьного возраста необходимо предложить ребенку игрушки или другой игровой материал (карандаши, книги и т.д.), которые должны находиться в кабинете врача. Нужно сказать, что врачи часто не имеют достаточно времени, а иногда и игрушек в своих офисах для установления доверительных отношений с детьми. Дайте ребенку игрушку или другой игровой материал. Далее присядьте рядом с ним на маленький стульчик или даже на пол таким образом, чтобы ваши глаза были на уровне глаз ребенка, это позволяет наладить контакт, уменьшить чувство страха, избежать протестного поведения.

При осмотре подростков необходимо использовать другой подход. Необходимо очень уважительно относиться к их желанию быть независимыми и автономными и в то же время оставаться под защитой взрослого — в некой зависимости от него. Обычно я беседую сначала с подростком, или же даю ему возможность выбрать, хочет ли он первым поговорить со мной, или вначале я должен обсудить проблему с его родителями. Это обычно помогает установить доверительные отношения с подростками. Также необходимо информировать как детей, так и подростков о правилах конфиденциальности. Подростки должны знать, что они могут обговаривать с вами проблемы, связанные с наркологией, сексуальными взаимоотношениями, конфиденциально и вы не обязаны сообщать об этом родителям.

Конечно же, есть ситуации-исключения, которые предполагают нарушение

конфиденциальности. Конфиденциальность может и должна быть нарушена, если это требуется для обеспечения безопасности ребенка.

Необходимо предоставить ребенку больше времени для рассказа о себе. Не секрет, что у детских психиатров несколько больше времени, чем у врачей общей практики, чтобы выслушать ребенка и понять его. Как правило, психиатр планирует провести с ребенком от 30 до 60 мин, в то время как врач первичной практики рассчитывает на 15-30 мин. Психиатр имеет больше времени и на беседу с родителями. Иногда специалист может запланировать отдельную сессию с родителями. Часто требуется несколько встреч с ребенком и родителями, прежде чем будет собрано достаточно информации для того, чтобы разобраться в его проблемах. Родители и дети всегда чувствуют, когда у доктора не хватает времени на осмотр, когда он спешит. Это может привести к нарастанию враждебности, предубежденности или внутреннему сопротивлению.

Я рекомендую семейным врачам не спешить ставить диагноз и выписывать препарат во время первого визита родителей с ребенком. Правильным будет запланировать еще несколько сессий с коротким промежутком времени, например раз в неделю, чтобы лучше понять проблему ребенка с позиции биопсихосоциального подхода. При таком подходе у вас будет достаточно времени, чтобы получить оценочные шкалы из школы и от родителей. Я также советую семейным врачам в то время, когда они проводят интервью с ребенком, дать его родителям лист бумаги и попросить их написать список проблем, жалоб, переживаний и семейных секретов, о которых они не хотят говорить при ребенке. В дальнейшем это позволит ускорить и организовать интервью с родителями.

? Нужно ли проводить интервью с ребенком без родителей?

— Как правило, вначале я смотрю ребенка до 12 лет вместе с родителями в течение первых 10-15 мин, наблюдая за тем, как родители и ребенок взаимодействуют друг с другом, и одновременно выслушиваю жалобы. Я пытаюсь выяснить, как ребенок воспринимает свой визит к врачу, понимает ли он жалобы родителей и как он их воспринимает. Иногда вы можете встретить ребенка, который не имеет ни малейшего представления о том, почему родители привели его к врачу. Это позволяет вам сделать определенные выводы о коммуникации между ребенком и родителями.

Затем я опрашиваю родителей и ребенка отдельно друг от друга. В конце визита я снова встречаюсь одновременно со всеми членами семьи.

Информация, предоставленная родителями, часто оказывается более правдоподобной и информативной, чем сведения, полученные от маленького ребенка и даже подростка. Если в дальнейшем ребенок расскажет вам что-либо противоречащее или не совпадающее с информацией, полученной от родителей, вы можете более прямо расспросить его об этом.

Необходимо помнить, что именно ребенок считается пациентом и, следовательно, правила конфиденциальности относятся главным образом к нему. Это значит, что доктор должен поделиться с ним информацией, которую он получил из дополнительных источников (например, оценочных шкал) или от родителей, но не должен раскрывать конфиденциальную информацию, полученную от него. В самом конце визита, после отдельных встреч с родителями и с ребенком следует пригласить их в кабинет и провести заключительную часть

интервью. Во время этой части интервью я делюсь с семьей своими впечатлениями и рекомендациями. Вместе мы стараемся выработать дальнейший план терапии.

? Какая информация о развитии ребенка с психическим расстройством может быть полезна для семейных врачей?

— Врачам первичной практики, необходимо помнить о частом наличии коморбидной психической патологии при различных педиатрических психических расстройствах.

Например, когда я осматриваю ребенка с РДВГ, я обязательно ищу коморбидные расстройства развития школьных навыков. Я прошу школу провести тестирование для оценки формирования школьных навыков, оценки IQ ребенка. Лечение РДВГ без внесения специальных изменений в школьную программу, учета особых потребностей каждого конкретного ребенка в коррекционных занятиях не приведет к положительным результатам.

Мое определение психопатологии у ребенка — это девиация психического развития ребенка от нормы.

Я собираю очень тщательный анамнез развития ребенка. Всегда задаю вопросы, касающиеся протекания беременности, воздействия наркотиков и алкоголя на плод во время беременности, выясняю, каким темпераментом обладал ребенок до года, во время ясельного и дошкольного возраста.

Для того чтобы иметь представление о темпераменте ребенка, необходимо выяснить, как ребенок успокаивался, засыпал в грудном возрасте, много ли плакал, каким уровнем толерантности к фрустрации обладал.

Например, если я вижу, что расстройство ребенка связано с темпераментом, я заранее знаю, что ответ на медикаментозное лечение будет минимальным, а в ряде случаев парадоксальным, противоположным желаемому. Дети, имеющие фазно протекающее или появившееся в более позднем возрасте психическое расстройство, обычно хорошо реагируют на медикаментозную терапию.

Полезной для врача первичной практики будет также попытка выяснить семейный анамнез нескольких предыдущих поколений. Например, если вы спросите о том, имел ли кто-либо в семье РДВГ или депрессию, скорее всего вы получите отрицательный ответ. Однако если вы спросите, сколько классов закончили родители, нужна ли им была помощь в чтении и математике, то это может указать на наличие в семейном анамнезе скрытого и нелеченного РДВГ или расстройства развития школьных навыков.

? Почему важно собирать информацию о случаях жестокого обращения и насилия в семейной истории?

— Очень важным является изучение влияния на развитие ребенка психической травмы. В семейной истории нередко удается отследить влияние случаев жестокого обращения или насилия на психическое здоровье нескольких поколений. Сбор информации о случаях насилия в семейной истории также помогает выяснить, как родители справляются с детьми с оппозиционным поведением.

Исходя из собственного опыта, я знаю, что мать или отец, которые в детстве подвергались насилию, могут бояться своей собственной ярости или могут бояться злости своего ребенка, что способствует формированию и закреплению у него оппозиционных форм поведения. Во время первого осмотра невозможно распознать и выяснить такую

Продолжение на стр. 54.

Психиатрическая помощь детям в практике семейного врача

Продолжение. Начало на стр. 52.

динамику, так как семья (и дети, и родители) обычно скрывают случаи жестокого обращения.

Родители, которые были подвержены жестокому обращению в детстве, либо копируют поведение своих родителей, даже если сознательно не хотят этого делать, либо чувствуют себя абсолютно беспомощными, боясь проявить насилие к близким, чем провоцируют жестокость по отношению к себе со стороны собственных детей.

? Как правильно вести медицинскую документацию? Какую информацию о психическом расстройстве следует, а какую не следует вносить в медицинскую документацию ребенка семейному врачу?

— Врачу первичной помощи обязательно необходимо вести первичную документацию (медицинскую карту) на ребенка. Это важно для решения нескольких вопросов: во-первых, чтобы ограждать себя от возникновения юридических и социальных проблем, во-вторых, чтобы иметь информацию для разработки дальнейшей тактики и алгоритма терапии данного ребенка.

Записи необходимы для того, чтобы специалист мог сразу вспомнить ребенка, его особенности и проблемы при повторном обращении.

Я стараюсь описать специальные интересы ребенка, изменения в его состоянии, особенности взаимодействия в семье. Во время первого интервью мы часто просим ребенка представить, что он волшебник, и спрашиваем его, какие три заветных желания он хотел бы исполнить для себя, мы также часто записываем специальные интересы семьи. Повторное интервью мы всегда начинаем с выяснения позитивных изменений. Такой прием всегда помогает восстановить контакт на последующих сессиях. Он также позволяет семье почувствовать, что доктор во время предыдущей встречи внимательно слушал и заполнил специфическую семейную информацию.

Специальное внимание следует уделять истории заболевания — тому, как и когда появились симптомы психического расстройства, какие факторы спровоцировали начало заболевания, какие преципитирующие факторы стали причиной обращения к врачу. Необходимо установить, какой симптом является самым значимым — наиболее сильно нарушает функционирование или адаптивное поведение ребенка, как долго он наблюдается, как часто возникает, чем провоцируется, что способствует его усилению и нивелировке.

Также необходимо тщательно описать другие психические симптомы. В США этот раздел истории болезни называется обзором психиатрических симптомов (review of psychiatric symptoms, или ROS). Раздел подобен используемому при оформлении меддокументации в Украине описанию психического статуса. Важно отразить наличие суицидальности и гомоцидальности (наличия намерения убить кого-либо), наркологических проблем, признаков мании, психоза, посттравматического стрессового, панического, депрессивного, обсессивно-компульсивного расстройств, тиков.

Далее я описываю анамнез жизни и историю развития ребенка — перинатальные вредности во время беременности матери, время появления основных

психических, моторных и речевых навыков у ребенка. Особое внимание следует уделять появлению ходьбы, речи, указательного жеста, игры с другими детьми, повседневных и социальных навыков.

Задержки развития могут быть обусловлены травматическими событиями в истории развития ребенка. Поэтому всегда следует выяснять информацию о травмах головы, судорогах, физическом и психическом насилии, был ли ребенок свидетелем несчастных случаев, насилия в доме, подвергается ли словесным оскорблениям, не страдает ли от недостаточного ухода и эмоциональной депривации. На развитие ребенка также влияют частые переезды и изменение места жительства, случаи потери работы родителями, медицинские проблемы в семье, частые смены школ, изменения значимых лиц в группе первичной поддержки. То есть, следует отобразить и проанализировать всевозможные ситуации, которые могут быть травматическим фокусом для ребенка и, следовательно, приводить к формированию тревоги, нарушению поведения или стрессу. Очень часто дети волнуются о своих родителях гораздо больше, чем родители волнуются о себе или своих детях. Я всегда спрашиваю ребенка, волнуется ли он о своих родителях и чего именно он боится.

? Как во время осмотра ребенка оценить его познавательные функции?

— Врачам первичной практики я бы порекомендовал использовать перечень нормативов школьных навыков по классам. Эту информацию они смогут использовать при оценке психического статуса, прежде всего при оценке когнитивного функционирования детей. Семейный врач может проверить математические навыки ребенка, навыки чтения.

Я в своей практике широко использую эти нормативы. У меня есть целый набор книг, рассчитанных на когнитивное функционирование детей в каждом классе школы. Я даю ребенку прочитать одну страничку текста и прошу пересказать прочитанное, это всегда позволяет мне определить познавательные функции ребенка и оценить сформированность навыков чтения. В рамках исследования познавательных функций ребенка я спрашиваю о его трех желаниях и его амбициях, о том, кем он хочет стать, когда вырастет, и т.д.

? В какой степени совместная игровая деятельность с ребенком является эквивалентом его психиатрического осмотра?

— Когда я провожу обследование детей, я стараюсь вовлечь их в игру и выяснить, как долго они могут концентрироваться на игре, могут ли они играть с другими детьми, соблюдать правила и очередность, каково содержание игры, в какой степени во время игры дети используют воображение и фантазируют, могут ли они генерировать идеи.

У школьников совместные игры также могут быть частью обследования, дополняющей интервью. Со старшими детьми в процессе обследования мы играем в специальные настольные игры, которые способствуют разговору о чувствах или помогают проверить познавательные способности. Посредством совместной игровой деятельности можно также оценить устойчивость к фрустрации, проанализировать

паттерны взаимоотношений с другими детьми. Игры помогают выяснить, умеют ли дети делиться, как реагируют на запреты, позволяют оценить их проблемнорешающее поведение.

В тех случаях, когда проблема заключается во взаимоотношениях между родителями и детьми (оппозиционное поведение), я могу запланировать специальную сессию или несколько сессий, во время которых оставляю родителей и ребенка одних на 20 мин и предлагаю им играть вместе. Наблюдая за их игрой, я оцениваю трансакции. Затем я выясняю мнение родителей и ребенка о том, как проходила игра, прошу их поделиться собственными наблюдениями, даю терапевтические рекомендации. Обучая родителей и детей с оппозиционным поведением навыкам совместной игры, я пытаюсь наладить взаимодействие и устранить дезадаптивные формы взаимодействия. Очень часто такая методика является продуктивной.

? Какие рекомендации вы даете врачам первичной практики по организации терапии детей с расстройствами психики?

— При лечении детей необходимо придерживаться биопсихосоциального подхода. Наряду с медикаментозной терапией ребенок обязательно должен получать психотерапевтическую помощь и посещать психотерапевтические сессии. Я знаю многих семейных врачей, которые не согласятся выписывать ребенку лекарственные препараты, если ребенок не вовлечен в психотерапевтическую работу или другие социальные мероприятия. Обычно 6-12-месячный курс психотерапии является необходимым предварительным условием, прежде чем доктор примет решение о назначении психотропных препаратов.

Наши дети вовлечены в психотерапевтический процесс годами. И в большинстве случаев психотерапия необходима. Тем не менее при некоторых расстройствах психики, психотерапия не является основным методом лечения. Например, при РДВГ без коморбидной симптоматики основным методом терапии является назначение психостимуляторов. Психотерапия во многих случаях может быть ограничена проведением психообразовательной работы с родителями.

Психообразование важно при организации психиатрической помощи детям с любым расстройством психики и поведения. Это очень важная и эффективная форма помощи для врача первичной медицинской помощи, включающая ознакомление с сутью проблемы, динамикой развития симптоматики, прогнозом, особенностями лечения расстройства. Различают психообразование на микросоциальном уровне (для родителей, ребенка) и макросоциальном уровне (для педагогов, воспитателей, других членов группы первичной поддержки).

Очень важным является понимание родителями роли медикаментозного лечения в терапии. Часто прием препарата приводит к стигматизации как ребенка, так и родителей, семья чувствует себя неполноценной, появляются страхи из-за того, что препарат, якобы, может изменить характер и личность ребенка, привести к необратимым изменениям. Дети, принимающие препараты, часто испытывают проблемы с самооценкой.

Они чувствуют, что врач и родители заставляют их принимать медикаменты, что в свою очередь ведет к нежеланию выполнять рекомендации врача.

В других случаях психологическое значение приема препарата заключается в том, что родители ожидают чуда и верят в то, что препарат быстро и полностью вылечит их ребенка. Такое отношение к приему лекарств ведет к дальнейшему разочарованию, озлоблению, преуменьшению значения психотерапевтических и социальных интервенций.

Лечение ребенка с психическим расстройством — это совместная работа коллектива специалистов, родителей и самого ребенка, а не насилие и принуждение со стороны взрослых. Часто детям, страдающим РДВГ без коморбидной симптоматикой, я даю список поведенческих мероприятий, которые могут быть полезными в школе и дома, родителям рекомендую прочитать специальные книги по данной проблеме. Список рекомендуемых книг и интернет-ресурсов для поддержки у меня всегда есть с собой. Не следует рекомендовать родителям много литературы. Обычно они не в состоянии прочитать более одной-двух книг.

Еще раз хочу подчеркнуть тот факт, что не всегда для лечения психических расстройств назначение медикаментозной терапии является решением всех проблем, возникающих у ребенка и его семьи. Например, при лечении детей с оппозиционным поведением основной акцент в терапии ставится на укрепление отношений между ребенком и родителями, уделяется внимание работе в диадах «ребенок-родитель», семейной терапии.

Подростки находятся в стадии развития, когда им хочется быть самостоятельными и независимыми, иметь собственное мнение, пользоваться уважением и популярностью среди своих друзей, родители же отходят на второй план. В то же время они сохраняют зависимость от родителей, у них нет работы, денег, они не могут жить отдельно, кроме того, он испытывает потребность чувствовать защиту и стабильность со стороны семьи. Эта стадия развития ребенка по Эриксону называется сепарацией-индивидуализацией. Для нее характерно огромное количество проблем в семье, и если мы только выписываем препарат и не работаем психотерапевтически, то это может привести к нарастающей протестных форм поведения со стороны ребенка.

В обучении родителей большое внимание нужно уделить тому, как и когда хвалить своего ребенка, замечать все то, что ребенок делает хорошо, а также каким образом устанавливать правила, проводить структурирование времени и занятий, как правильно вести диалог с ребенком, чтобы вызвать минимум оппозиционного поведения.

Я рекомендую использовать исключительно позитивное подкрепление для достижения желаемого поведения. Семейные терапевты в США компетентны в оказании семьям такой помощи.

Если же семейный врач предполагает наличие у ребенка расстройства из спектра аутизма, то ему лучше сразу направить его к детскому психиатру или специалисту, занимающемуся по специальным программам прикладного поведенческого анализа (АВА), флортерапии (floor-therapy). Семейный врач также может быть своеобразным адвокатом для такого ребенка, запрашивая для него специальные сервисы.

Подготовили
Марина Нестеренко (Сиракузы, США)
и Яна Бикшаева (Киев, Украина)