

ЧАСТЬ IV ЛЕЧЕНИЕ И ОБСЛУЖИВАНИЕ

Глава 32 ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ПЕРВЫЕ ПРИНЦИПЫ

Родители и дети приходят в службы психического здоровья по множеству причин. Они приносят с собой целый ряд мнений и опасений, касающихся природы проблемы и того, что необходимо делать. И с того момента, как переступят порог, они будут проводить оценку обслуживания, которое получают.

Вовлечение семьи

Если семья считает, что с ними плохо обращаться и их не понимают, маловероятно, что они придут снова. Если это произойдет, тогда, невзирая на то, насколько тщательно и аккуратно было проведено клиническое обследование, возможность провести полезную терапевтическую работу будет потеряна, а семья, возможно, на неопределенное время откажется от поиска помощи. Для всего процесса вовлечения жизненно важно обнаруживать мнения и опасения семьи и чутко на них реагировать. Если они почувствуют, что их понимают и обращаются с ними уважительно, то они с гораздо большей вероятностью будут принимать участие в лечении. Это требует значительной гибкости реагирования, а не одного фиксированного «правильного» способа, как поступать.

Когда полезны обозначения?

Чтобы переступить порог службы, занимающейся «психическими» проблемами, может понадобиться значительная смелость, и некоторые родители боятся, что их самих или их детей будут называть сумасшедшими, плохими, ненормальными или больными на голову. Они могут быть сыты по горло тем, что их заставляют чувствовать себя ни на что не годными, потому что целый ряд людей, облеченных властью, говорит им, что все, что они делают, неверно. Если в таких обстоятельствах им, например, скажут, что у их сына серьезное заболевание, которое обозначают «расстройство поведения», и что им требуется пройти курс обучения, чтобы научиться «правильному» способу обращаться со своим ребенком, это может только усугубить у них чувство неадекватности и отчаяния. Такой семье было бы более конструктивно сказать, что их ребенок действительно упрям и временами может вести себя антисоциально, но у него (или у нее) много сильных сторон, ставших незаметными из-за его (или ее) реакций на стресс, вызванный школьными трудностями. Несомненно, что когда родители приводят своего ребенка на прием, они делают для него (или нее) все, что только могут. Если они получают поддержку в том, чтобы делать еще больше нужных вещей, которые уже делаются, есть надежда на улучшение.

В других семьях может быть справедливо обратное, и дающий диагностическое обозначение подход может снять с семейных взаимоотношений напряжение и помочь всем вовлеченным сторонам сосредоточиться на потребностях ребенка. Это может действовать по нескольким причинам:

- (1) Для некоторых семей, официальное «обозначение» - единственная и самая важная вещь, которую они выносят из своего контакта со специалистами по психическому здоровью детей. Узнать, что проблему распознали, может быть огромным облегчением, особенно при таких «необычных» расстройствах, как детский аутизм или синдром Туретта. Не случайно злые духи в сказках часто теряют, по меньшей мере, часть своей силы, как только их назовут по имени. Обычно у ребенка и семьи уменьшается чувство изоляции, как только они узнают, что у других детей и семей сходные проблемы. Специалистам следует информировать семьи

о соответствующих группах добровольцев. По некоторым детским психическим расстройствам имеются и местные, и национальные организации родителей. Присоединяясь к этим группам, семьи получают возможность познакомиться с другими людьми, находящимися в похожей ситуации, а также могут получить доступ к информационным бюллетеням, брошюрам и обсуждениям.

- (2) Диагноз может также быть «паспортом», который необходим детям и семьям, чтобы получить разрешение на доступ к помощи специального образования, добавочным пособиям, специальным дням отдыха и т.д.
- (3) Диагноз часто появляется вместе с прогнозом. Когда прогноз естественной ремиссии хороший, семья может быть рада остаться без посторонней помощи и дать времени сделать свое дело. И действительно, можно ускорить самопроизвольное выздоровление, разрядив тревогу о будущем.
- (4) Объяснение смысла диагноза, кроме того, дает возможность передать важную информацию о природе и происхождении симптомов. Это тоже может иметь терапевтическую ценность, как показывают три следующих примера. Знание о том, что детский аутизм не вызван родительской неотзывчивостью, может помочь родителям и остальным преодолеть чувства вины и осуждения. Учителям и родителям, возможно, станет легче конструктивно справляться с гиперактивным ребенком, как только они узнают, что он или она не просто капризны. Знание о том, что синдром Туретта - нейробиологическое расстройство, может помочь прогнать представления об «одержимости».
- (5) Наличие обозначения может быть формально использовано в терапевтической работе, чтобы изменить обращение с ребенком как с «козлом отпущения». Например, вместо того, чтобы возлагать вину за склонность ребенка прыгать вверх-вниз во время обеда и постоянно ерзать на его вредность и непоколебимое желание довести свою мать, можно помочь родителям «экстернализировать» проблему и представить себе, что его заставляет ерзать его гиперактивность. Тогда в попытках победить трудности и мальчик, и его родители могут быть на одной стороне.

Необходимо воздействовать и на симптомы и на социальные нарушения

Маловероятно, что лечение будет эффективным, если проблему не точно охарактеризовали. И наиболее квалифицированный психотерапевт не уйдет далеко, если важный содействующий фактор не выявлен и препятствует прогрессу. Поэтому прежде чем приступить к планированию ведения и лечения, совершенно необходимы тщательная оценка и формулировка. Сосредоточиться исключительно на психиатрических симптомах часто ошибочно. Как описано в главе 1, обычно следует диагностировать психическое расстройство, только если выполняются два условия: у ребенка признанная констелляция симптомов, и эти симптомы оказывают значительное влияние. Это неблагоприятное влияние часто принимает форму социальных нарушений, затрагивающих домашнюю жизнь, учебу в школе, дружеские отношения или занятия в свободное время. Может потребоваться, чтобы план вмешательства был нацелен и на симптомы, и на социальные нарушения. Так, если у подростка депрессия, может быть недостаточно лечить подавленное настроение и проблемы со сном. Может быть также совершенно необходимо решить, как взяться за проблему прекратившихся дружеских отношений и выработать план по наверстыванию пропущенной учебы в школе. И даже там, где может быть трудно непосредственно воздействовать на симптомы, можно сделать много хорошего, способствуя развитию навыков и самоуважения, например убедив детей развивать свой интерес к спорту, вступив в клуб, где будут способствовать развитию их способности, и сверстники будут их ценить.

Сложные проблемы могут потребовать сложных решений

Проблемы, которые предъявляют специалистам по психическому здоровью детей, редко бывают простыми. Возьмем, например, мальчика, предъявляющего проблемы с поведением. Тщательная оценка может указать на то, что имеет значение все следующее:

- Унаследованная склонность к гиперактивности;
- Пищевая непереносимость цитрусов и пищевых добавок;
- Специфические трудности в чтении;
- Склонность представлять других людей враждебными, когда этого нет;
- Семейная среда, приучившая его пользоваться насилием, чтобы получать внимание и уклоняться от требований;
- Несоответственный родительский надзор;
- Членство в отклоняющейся группе сверстников.

Возможно, можно помочь, взявшись только за один из этих факторов; вызванное этим улучшение в одной сфере может сломать порочный круг и позволить ребенку выздороветь. Однако клинический опыт чаще указывает на то, что необходимо сразу же нацелиться на несколько проблемных сфер. Вмешательства при проблемах с психическим здоровьем детей могут быть направлены на:

- *Физиологическую функцию ребенка*, например диета, медикаментозное лечение;
- *Знание семьи о заболевании*, например пояснительные брошюры;
- *Внешние события, сопряженные с поведением ребенка*, например программы тренинга родителей, поведенческая терапия специфических симптомов;
- *Внутренний мир ребенка*, например когнитивная терапия, межличностная терапия;
- *Семейные взаимоотношения и убеждения*, например снижение выражения отрицательных эмоций, семейная терапия;
- *Взаимоотношения со сверстниками*, например тренинг социальных навыков, групповая терапия;
- *Занятия в школе*, например дополнительно помощь по чтению, программа, препятствующая издевательствам;
- *Экономическая и социальная среда семьи*, например смена жилья, программы дружеской поддержки для изолированных семей;
- *Альтернативы семейному воспитанию*, например приемная семья, поступление в интернат.

Они не исключают друг друга и некоторые из них можно комбинировать.

Работать с другими организациями

Многим детям и семьям, которых принимают службы психического здоровья, требуется также специальная помощь других организаций, в особенности образовательных и социальных служб. Совершенно необходимо, чтобы каждая организация четко определила свою роль и работала в сотрудничестве с другими организациями ради общей цели. Связующие собрания должны быть средствами достижения цели, а не самоцелью!

Лечение не должно отражать этиологию

Расстройство, вызванное физическими факторами, может потребовать психологического лечения и наоборот. Не всегда нужно огнем бороться с огнем, иногда целесообразно бороться с огнем водой! Так, истерический паралич у ребенка может лучше реагировать на физиотерапию, чем на психотерапию. Медикаментозное лечение может облегчить гиперактивность ребенка,

даже если эта гиперактивность обусловлена воспитанием в крайне неудовлетворительном сиротском приюте. Равным образом ребенку с недостаточной обучаемостью, имеющей генетическую причину, может помочь специальное образование. А для подростка с биологически обусловленной шизофренией может быть благотворно снижение выражения отрицательных эмоций у родителя.

Выбор подходов к лечению

Возрастает акцент на том, чтобы обеспечение основывалось на доказательствах²⁵, причем при обеспечении здоровья движение в этом направлении, как правило, ушло дальше, чем при обеспечении образования и социальной работы. Доказательная основа жизненно важна потому, что клиническая мудрость и здравый смысл на удивление подвержены ошибкам. Может оказаться, что «самоочевидно» благотворные вмешательства хуже, чем ничего. Например, в одном тщательном рандомизированном испытании интуитивно привлекательного комплексного социального и психологического вмешательства для детей с высоким риском делинквентности показано, что это вмешательство значительно ухудшало долгосрочный исход. Показано также, что при других вмешательствах, внушающих доверие, эффект был лишь незначительный или его вовсе не было. Так, похоже, что обычные трициклические антидепрессанты у детей и подростков с депрессией неэффективны, а по поводу эффективности более новых селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) продолжаются разногласия (см. главу 10). Сходным образом многие виды психологического лечения детей, проводимого в каждодневной клинической обстановке, неэффективны, или почти неэффективны.

С другой, положительной, стороны, испытания лечения и метаанализы этих испытаний продемонстрировали эффективность все большего ряда специфических видов лечения детских психических расстройств (см., например, вставку 32.1). Но насколько они эффективны? Знать, что конкретное лечение приводит к статистически достоверному различию - недостаточно; помимо

Вставка 32.1 Примеры эффективного и неэффективного лечения

Имеются обширные и обоснованные доказательства эффективности:

- Медикаментозного лечения при гиперкинезе
- Тренинга родителей при расстройстве поведения детского возраста
- Поведенческих методов при загрязнении и энурезе
- Семейной терапии при анорексии

Имеются достаточно обоснованные доказательства в пользу:

- Когнитивно-поведенческой терапии подростковой депрессии
- Лечение посттравматического стрессового расстройства дебрифингом
- Поведенческих подходов к отказу от школы
- Схем посещения на дому при физически плохом обращении

Имеются доказательства, что следующее мало или совсем неэффективно или вредно:

- Нецеленаправленная семейная работа при расстройстве поведения
- Проводимая в клинической обстановке терапия социальных навыков при проблемах взаимоотношений со сверстниками
- Социальная работа и общая поддержка при делинквентности
- Медикаментозное лечение депрессии трициклическими препаратами

этого совершенно необходимо знать, достаточно ли велико это различие? чтобы быть достоверным клинически. При достаточно большом испытании или при метаанализе и крошечный эффект, не имеющий никакого клинического значения, может быть статистически достоверным. Существует несколько способов измерения эффективности лечения. Наиболее распространенный – это *величина эффекта*, которая выражает изменение в единицах «стандартного отклонения». Например, если у нелеченных детей с гиперкинезом показатель гиперактивности в среднем на 2,5 стандартных отклонения выше, чем среднее значение в популяции, и если медикаментозное лечение стимуляторами снижает его в среднем до 1,4 стандартных отклонения выше популяционного среднего, говорят, что величина эффекта 1,1 (т.е. 2,5 минус 1,4). Огромное преимущество этого показателя в том, что он позволяет прямо сравнивать разнообразные результаты лечения, например по различным показателям депрессии или же по показателям симптомов и показателям социальных нарушений.

При успешных видах психологической терапии величина эффектов, когда их проводят в исследовательской обстановке, обычно около 0,6 – 0,8. Однако при психологической терапии в обычной клинической обстановке средняя величина эффекта может быть меньше или равна нулю. Чем обусловлена эта разница? Вероятно, часть различий объясняется тем, что из исследовательских испытаний исключаются дети и семьи, трудные для лечения. Много и других правдоподобных объяснений, хотя только некоторые из них подтверждаются эмпирическими доказательствами (см. вставку 32.2). Общий итог для специалистов по психическому здоровью и отрезвляющий, и оптимистичный. Отрезвляющий потому, что если от психологической терапии, которую в настоящее время применяют в каждодневной обстановке, эффект иногда мал, а иногда совсем отсутствует, тогда представляется трудным обосновать затраченные средства; а оптимистичный – потому, что в будущем эффективность могли бы повысить три изменения в акцентах. Эти изменения: сдвиг акцента в сторону поведенческих и когнитивных подходов; применение не расплывчатых, диффузных и смешанных подходов, а специфических, направленных методов

Вставка 32.2 Почему психологическая терапия в обычной клинической практике гораздо менее эффективна, чем в исследовательских испытаниях? (по Weisz et al, 1995)

Вероятно, имеет значение:

- Клиники меньше используют поведенческие и когнитивные подходы;
- Клиники меньше полагаются на специфические, направленные методы терапии
- Клиники с меньшей вероятностью структурируют терапию (например, посредством руководств по лечению) и контролируют, что психотерапевт придерживается планов лечения
- Клиники лечат случаи с высокой степенью коморбидности и нерегулярно посещающие семьи – и то, и другое во многих исследовательских испытаниях является критерием исключения

Вероятно, не имеет значения:

- Данные исследований более свежие, чем клинические данные
- В некоторых исследованиях используют испытуемых, являющихся привлеченными добровольцами, а не направленными на прием пациентами
- Клиническая обстановка меньше способствует успеху
- Клиницисты менее эффективны, чем психотерапевты-исследователи
- Психотерапевты-исследователи прошли специальную методическую подготовку непосредственно перед вмешательством
- Клиники должны обеспечивать широкий спектр детей и широкий спектр проблем
- Клиники с меньшей вероятностью предоставляют краткие вмешательства

лечения; а также применение структурированных методов терапии (например, посредством руководств по лечению) с достаточным контролем, позволяющим убедиться, что психотерапевты последовательно придерживаются планов лечения. Хорошие программы обучения и продолжающаяся супервизия эксперта помогают психотерапевтам предоставлять доказательное лечение, в точности воспроизводящее намеченный подход.

Очевидно, что имеет смысл использовать подходы к лечению, действенность которых показана. Однако на практике невозможно полагаться только на данные опубликованных испытаний и протоколов. Например, формальные испытания обычно проводят на детях, полностью соответствующих диагностическим критериям операциональных синдромов, тогда как во многих клинических случаях - диффузные или частичные синдромы этим критериям не соответствуют. Как их следует лечить? Коморбидность – также важный вопрос: наличие у одного и того же человека более чем одного заболевания - скорее правило, чем исключение в клинической практике. Поэтому если у ребенка три коморбидных диагноза, следует ли дать ему последовательно или одновременно три вида лечения по руководствам? О наилучшем подходе при коморбидных расстройствах почти нет данных. Кроме того, в силу обстоятельств и предпочтений ребенка или семьи стандартные протоколы могут оказаться неприменимы. Очевидно, что ключевую роль по-прежнему играют клиническое суждение и импровизация - экстраполировать опубликованные данные о том, что действительно, но не следовать им по-рабски.

Видоизменять лечение в соответствии с результатом

Выбрав курс лечения, недостаточно просто давать лечение; важно также контролировать его результат. Цели лечения следует зафиксировать вначале. Удалось ли их достичь? Это можно оценить клинически, хотя часто бывает полезно поискать независимое подтверждение, например предъявляя ребенку, родителям или учителям короткие опросники. Если же цели лечения не достигнуты, то, прежде чем либо отказаться от него, либо настаивать на увеличении того же самого, часто имеет смысл повторно оценить ребенка и пересмотреть формулировку. Возможно, что ребенок оказался резистентным к лечению потому, что первоначальный диагноз был неверным - пересмотренная формулировка может предложить пересмотр лечения. Но даже когда первоначальная формулировка по-прежнему представляется правильной, может быть целесообразно переключиться на другое лечение. Даже если в испытаниях показано, что лечение X обычно действует лучше, чем лечение Y, меньшая часть пациентов может лучше реагировать на Y, чем на X. Если ребенок и семья сильно заинтересованы, можно попробовать лечение второго выбора, когда лечение первого выбора не помогает.

Дополнительное чтение

- Carr A. (2000) What works with children and adolescents? A critical review of research on psychological interventions with children, adolescents and their families. London: Routledge.
- Fonagy P. et al. (2002) What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents. London: Guilford Press.
- Garralda M.E., Hyde, C. (2003) Managing Children with Psychiatric Problems, 2nd edition. London: British Medical Journal Books.
- Henggeler S.W. et al. (1997) Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: the role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.
- Kazdin A., Weisz J. (2003) Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. London: Guilford Press.
- McClellan J.M., Werry J.S. (2003) Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: an inventory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1388-1400.

- McCord J. (1992) The Cambridge-Somerville study: a pioneering longitudinal-experimental study of delinquency prevention. In: McCord J., Tremblay R.E. (eds) Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth through Adolescence (New York: Guildford Press, pp. 196-206. (Это тщательное исследование положило конец всем представлениям о том, что вмешательства «здорового смысла» обязательно должны приносить больше пользы, чем вреда.)
- Weisz J.R. et al. (1995) Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: Why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 83-106.