

### КОГНИТИВНЫЕ ПОДХОДЫ

Они идут дальше внешне наблюдаемого поведения и признают внутренний мир мыслей и если не чувств, то психических схем. Признается, что познание оказывает на поведение независимое влияние, а не является лишь вторичным эпифеноменом внешних событий и внутренней физиологии. Признается, что разум способен направлять поведение, а также осознавать его.

*Поведенческие методы* особенно полезны в ситуациях, где:

- (1) Можно контролировать внешние сопутствующие события, например: в семье, где родители находятся несколько часов в день, или в школьном классе.
- (2) Когнитивные способности индивидуумов недостаточно развиты, например: маленькие дети; те, у кого низкий интеллект.
- (3) Проблемы легко распознаются из наблюдаемого поведения.

*Когнитивные методы* могут быть особенно полезны при ситуациях, где:

- (1) Индивидуум меньше связан внешними сопутствующими событиями, больше полагается на собственное направление и выбирает свое собственное ближайшее окружение, например, на улице, на школьной игровой площадке или в одиночестве вне дома.
- (2) У индивидуумов есть возможность независимого мышления, которое может быть претворено в действие.
- (3) Проблемы главным образом в пределах разума, а не в наблюдаемом поведении; например тревога, депрессия, травмирующие воспоминания.

Когнитивные подходы заимствуют у традиции бихевиоризма точное измерение и объективное эмпирическое подтверждение и часто сочетаются с поведенческими вмешательствами. Они поддерживаются корпусом данных, демонстрирующих когнитивные искажения и дефициты при разных расстройствах, поражающих детей и молодых людей, включая агрессию, СДВГ, тревогу, ПТСР и депрессию.

Тогда как когнитивные подходы, предназначенные для специфических расстройств, обычно сосредоточены на содержании и структуре познания в пределах рассматриваемой сферы, межличностные подходы к решению проблем сосредоточены на усилении общих процессов, требуемых для того, чтобы выработать решения каждодневных социальных проблем. Вместо того чтобы снабдить ребенка «правильным» способом обдумывания проблемы, этот подход придает особое значение тому, чтобы помочь ребенку выработать свои собственные, более полезные решения.

### Когнитивные подходы к специфическим расстройствам

#### **Депрессия**

Искажения мышления, сходные с обнаруженными у взрослых, были показаны и у детей. Программы лечения включают:

- (1) Навыки саморегуляции, поддерживающие последствия действия (больше себя хвалить, меньше себя наказывать), самонаблюдение (обращать внимание на положительные вещи, которые делаются), само-оценивание (установление менее взыскательных стандартов для себя) и тренинг настойчивости.

- (2) Социальные навыки, в т.ч. способы начинать взаимодействия и поддерживать их, справляться с конфликтами и использовать релаксацию и образы<sup>29</sup>.
- (3) Когнитивная реструктуризация, включающая противостояние детям по поводу недостаточной обоснованности их искаженного восприятия.

В нескольких рандомизированных контролируемых испытаниях показано, что дети, получавшие при депрессии КТ, были отчетливо лучше, чем контрольные в списке ожидания и те, кто получал традиционное консультирование. Тем не менее, поддается только примерно половина, и даже в этих случаях высокая частота последующих рецидивов, так что еще у 50% из них вновь возникает депрессия; у взрослых такая частота рецидивов аналогична лечению препаратами. КТ полезна у подростков, поскольку мало доказательств тому, что антидепрессанты действуют. В настоящее время дополнительно к основным комплексам КТ разрабатываются усовершенствования и дополнения к лечению. Разрабатывается лечение, предоставляемое компьютером (с использованием компакт-дисков или прямо через Интернет), что позволяет проводить самолечение.

## **Тревога**

И снова, практика у детей следует взрослой. Применяют сходные методики, в т.ч. исправление искажений мышления, развитие положительного разговора с самим собой, направляемые образы, создавая возможность овладеть ситуациями, вызывающими страх, и расслабляться в течение воздействия. В рандомизированных испытаниях показаны хорошие результаты: более половины случаев возвращаются в пределы нормы.

## **Агрессия**

Показано, что агрессивные дети:

- В социальных ситуациях воспринимают гораздо больше враждебных сигналов;
- При интерпретации значения поведения других обращают внимание на меньшее количество сигналов;
- В неоднозначной ситуации приписывают другим враждебные намерения;
- Недостаточно воспринимают свой собственный уровень агрессивности;
- В конфликтных ситуациях генерируют меньше настойчивых словесных решений и больше решений с физической атакой;
- Полагают, что эта агрессия уменьшит неприятные реакции других и принесет им вещественные положительные результаты.

Кроме того, агрессивные подростки полагают, что агрессивное поведение повысит их самооценку, и, по сравнению с контрольными, больше ценят доминирование и мщение и меньше - социальные связи. Вмешательства обычно направлены на эти когнитивные аномалии, но также воздействуют на общие межличностные социальные навыки (см. ниже), с особым акцентом на замедление немедленных автоматических реакций на провоцирующие ситуации, чтобы позволить больше обдумать уместную реакцию. При использовании методов социальных навыков в испытаниях показано значительное снижение агрессивного поведения, сохраняющееся при прослеживании через один и три года. У детей до пубертатного возраста эффективность повышается при добавлении программ тренинга для родителей. Тем не менее, при чисто когнитивных подходах по большей части не удается оказать какое-либо воздействие на реальные жизненные ситуации: агрессивные подростки могут научиться в гипотетических спорах останавливаться, успокаиваться и выбирать согласованное урегулирование, но прямое наблюдение во время столкновений со сверстниками и самоотчеты о количестве драк обычно не выявляют эффекта.

Возможно, быстрое физиологическое возбуждение, возникающее у антисоциальных молодых людей в ситуации конфронтации, приводит к «висцеральному» агрессивному реагированию, подавляющему мыслительные процессы, выученные в спокойной обстановке.

### **Синдром дефицита внимания с гиперактивностью**

У детей с СДВГ короткие интервалы внимания, им трудно подавить немедленные и часто несоответствующие реакции на стимулы, чтобы остановиться и оценить наилучший образ действий. Теоретически, когнитивная терапия должна хорошо подходить для воздействия на такого рода трудности. Однако, программы самообучения, пытающиеся замедлить когнитивную обработку, чтобы позволить рассмотреть альтернативные способы действий, были не особенно эффективны. Похоже, будто сама природа проблемы означает отсутствие возможности активизировать различные подходы к обработке информации. Поведенческие программы, регулирующие немедленные сопутствующие события, более эффективны, но все же меньше, чем медикаментозное лечение, и величина эффектов меньше, чем у детей с расстройством поведения.

### **ПРОГРАММЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОЦИАЛЬНЫЕ НАВЫКИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ**

Мирна Шуэ (Myrna Shure) и Джордж Спивак (George Spivack) в США разработали, возможно, наиболее всестороннюю программу вмешательства, названную Межличностным Когнитивным Решением Проблем, МКРП (ICPS). Во многих исследованиях показано, что некоторым группам детей и подростков недостает межличностных навыков, в особенности агрессивным детям, отвергаемым, изолированным дети, у которых мало друзей, а также некоторым детям с депрессией. Программа МКРП сосредоточена на трех ключевых *когнитивных процессах*, которые, как показано, нарушены.

- (1) **Генерирование альтернатив**: способность придумать несколько различных решений в проблемной ситуации.
- (2) **Последовательное мышление**: способность увидеть немедленные и более отдаленные последствия каждой предложенной линии действий и включить это в принятие решения о наилучшей реакции.
- (3) **Мышление средства - цели**: способность отделять цель плана действий от его содержания, так что если первоначальный план не удастся, могут быть разработаны пути, обходящие препятствие.

Для возвращения этих навыков применяют множество методов, в т.ч. индивидуальные и групповые процессы с играми, обсуждения и методики группового взаимодействия. Их можно применять даже на дошкольном уровне, например, чтобы помочь детям обдумать альтернативные способы разрешения ситуаций, их обучают словам «или» и «отличаться», например: «Я могу ударить его *или* рассказать ему, что я сержусь. Драка *отличается* от рассказа». По мере того, как развертывались эти программы, стало очевидно, что у многих детей нуждается в развитии ряд ключевых навыков восприятия психических состояний других:

- (1) **Эмоциональное осознание**. Стать чутким к чувствам и желаниям других. Некоторые дети могут даже не осознавать свои собственные основные чувства. По мере того как они развиваются, их можно обучить, что не все чувствуют по поводу всяких вещей одно и то же и что дети могут в разное время чувствовать по-разному («Я могу спросить ее позже, когда она почувствует себя лучше»).
- (2) **Сбор социальной информации**. В ситуации чтения проигрываются игры для развития навыков, прислушиваться к ключам и спрашивать других, что они означают.

- (3) **Понимание мотивов.** Детей учат идти дальше поведения других людей подумать, почему они могут действовать таким способом, и выработать решения, соответствующие этим мотивам.

Развив эти навыки, большинство программ продолжают, чтобы применять их - вначале в гипотетических ситуациях, а затем - в реальных. Детям можно написать когнитивные шаги по буквам, например, их поощряют считать по пальцам, когда они проходят через последовательность **ОСТАНОВИСЬ-ПОДУМАЙ-СДЕЛАЙ-ПРОСМОТРИ** при выработке и принятии решений.

Исследования результатов показали большую эффективность в гипотетических ситуациях, но в реальных жизненных ситуациях эффекты менее однородны. Эти программы значительно усиливаются, если окружающие детей взрослые также обучены размышлению, и поэтому могут подкреплять его в пылу момента. В этих обстоятельствах краткосрочные результаты хорошие, но долгосрочные прослеживания еще проведены не были.

### **МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (МЛТ)**

Этот метод терапии разработан в Нью-Йорке Джеральдом Клерманом (Gerald Klerman) и Мирной Вейсман (Morna Weissman) для лечения депрессии, а затем был специально модифицирован применительно к подросткам. МЛТ – ограниченная во времени краткая психотерапия, основанная на предположении, что депрессия возникает в условиях межличностных отношений. Две главные цели - установить и лечить, во-первых, депрессивные симптомы пациента, а во-вторых, проблемные сферы, связанные с началом депрессии. Рассматривают пять специфических сфер, и воздействуют на одну или две. Четыре из них - те же, что и при МЛТ взрослых: горе, межличностные ролевые разногласия, переходы ролей и межличностные дефициты. Пятая сфера - семья с одним родителем – была добавлена потому, что она часто встречается и порождает конфликты у подростков. Особое значение придается проблемам в текущих взаимоотношениях, а не в прошлом.

В лечении три стадии. На первоначальной стадии объясняют депрессию как клиническое расстройство и делают усилие, чтобы прояснить этот опыт. Подростка поощряют считать, что он (или она) - на лечении, и ему поручена роль больного. Несмотря на это, подростка поощряют не избегать обычных социальных ожиданий, а встречаться с друзьями, посещать школу и вести себя в семье как можно более нормально. Встречаются с родителями, и поощряют их поддерживать подростка, не критиковать и не быть враждебными. Обращаются в школу и объясняют влияние депрессии на школьные показатели и поведение.

На промежуточной стадии сосредотачиваются на выбранных проблемных сферах:

- (1) **Горе** не считается проблемой, если оно не затянувшееся и не становится ненормальным. Психотерапевт помогает подростку обсудить потерю любимого человека, а также опознать и пережить связанные с ней чувства. По мере того, как пациент начинает горевать соответственно, и симптомы спадают, потеря должна быть лучше понята и принята, и пациент освободится для поиска новых взаимоотношений.
- (2) **Межличностные ролевые разногласия** возникают в тех случаях, когда у сторон различные ожидания по поводу взаимоотношений. Психотерапевт помогает молодому человеку выявить разногласия, сделать выбор по поводу согласований, переоценить ожидания по поводу взаимоотношений, прояснить изменения в роли и вносить поправки, в образцы общения, чтобы дать возможность разрешиться разногласиям. Чтобы ускорить согласования, можно привлечь родителей, если они – одна из сторон в разногласиях.

- (3) **Переходы ролей** происходят, когда подросткам требуется уладить половое созревание, совладать с сексуальными желаниями и стремлением к интимным взаимоотношениям, отделиться от родителей и семьи и достичь успеха при планировании работы или дальнейшего образования. Здесь могут быть чувства потери оттого, что старым ролям дана возможность уйти, а также чувства страха или неадекватности по поводу своей способности принять новые роли. Психотерапевт стремится помочь молодому человеку примириться с этими чувствами и договориться о жизнеспособном будущем.
- (4) **Межличностные дефициты** очевидны, когда у индивидуума обнаруживается недостаточно социальных навыков, чтобы устанавливать и поддерживать соответствующие взаимоотношения в пределах семьи и вне нее. В результате подросток может быть социально изолирован, ему (или ей) может не хватать близких друзей, и это может приводить к чувству депрессии и неадекватности. Психотерапевт рассматривает значимые взаимоотношения в прошлом и выявляет повторяющиеся несоответствующие способы поведения. Устанавливают и обсуждают новые стратегии и способствуют тому, чтобы молодой человек применял их к нынешним проблемам. Для того чтобы установить проблематичные межличностные положения и дать подростку возможность попробовать и применить на практике новые навыки общения и новое межличностное поведение, можно использовать ролевую игру, например, обучение тому, как заводить друзей. Упражнения во время сеанса и - с небольшими приращениями - дома могут создать у молодого человека чувство социальной компетентности, которое распространится и на другие ситуации.
- (5) **Семьи с одним родителем** могут возникать в результате развода, разделения, заключения одного из родителей в тюрьму, отсутствия родителя с самого начала и смерти родителя от медицинского заболевания или насилия. Каждая из этих ситуаций преподносит подростку и опекающему его родителю уникальные эмоциональные конфликты. Цели терапии - помочь молодому человеку примириться с текущей ситуацией и согласовать соответствующую адаптацию. Часто бывает потребность горевать о потере предшествующей ситуации.

На окончательной стадии, рассматривают прогресс - часто в присутствии других членов семьи. Симптомы и конфликты предъявляют по четырем категориям: представляющие специфические симптомы депрессивного эпизода; вторичные по отношению к нему; более устойчивые сферы конфликтов, представляющие личностный стиль; и сферы конфликтов, являющиеся частью нормального процесса развития. Подросток уже должен заниматься чувствами, связанными с окончанием контакта с психотерапевтом; вслед за окончанием прогнозируется незначительное возрастание депрессивных чувств. Испытания МЛТ позволяют полагать, что при лечении депрессии у подростков она также эффективна, как и у взрослых, и оказывает, по крайней мере, не меньшее влияние, чем когнитивно-поведенческая терапия.

## **ИНДИВИДУАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОТЕРАПИЯ**

Уровни различаются в континууме от поддержки и консультирования на одном конце до психодинамической психотерапии на другом:

- **Поддержка и консультирование.** Включает облегчение бремени проблем рассказом сочувствующему слушателю, вентиляцию чувств в поддерживающих взаимоотношениях, и обсуждение текущих проблем с неосуждающим помощником. Может быть дан совет. Главная цель - облегчить симптомы, восстановить предшествующее трудностям статус-кво, или примириться с происшедшим.

- **Промежуточные уровни психотерапии.** Пример - межличностная психотерапия (МЛТ), описанная выше.
- **Психодинамическая психотерапия.** Здесь возвращаются продолжительные глубокие межличностные отношения, в течение которых раскрывают и анализируют внутри- и межличностные процессы. Может быть повторно пережит расстраивающий ранний опыт, что позволит исследовать конфликты, лежащие в основе симптомов и достичь инсайта, а также проработать и разрешить конфликты в отсутствие преграждающих защит. Совет не дается. Таким образом, цель – больше, чем симптоматическое облегчение: это реинтеграция и изменение личностного функционирования в направлении большей целостности и зрелости. Психоаналитический интерес к симптомам у детей восходит к Зигмунду Фрейду (Sigmund Freud), описавшего в 1909 г. случай маленького Ганса; в 1920-е гг. его дочь Анна Фрейд (Anna Freud) разработала детский психоанализ, в 1930-е гг. это делала Мелани Клейн (Melanie Klein). Позже Вирджиния Акслин (Virginia Axline) разработала более формальную игровую терапию. В течение сеансов психотерапевт может давать обратную связь в виде интерпретаций и формулировок, основываясь не только на материале, который приносят дети, но также и на их непосредственном стиле обращения в ходе сеанса.

Главный итог индивидуальной работы на всех уровнях - качество межличностных отношений между психотерапевтом и пациентом. Некоторые исследования взрослых показывают, что независимо от конкретной формы предоставляемой личностной терапии, один из главных факторов, определяющих результат - тепло и эмпатия психотерапевта. Одним из способов заняться этой потребностью эмпирически может быть предоставление того же самого (или как можно более сходного) лечения – с помощью переписки (заочно) или руководства. Как показывают исследования в сфере родительского тренинга при детском расстройстве поведения, эти подходы действительно эффективны, хотя и меньше, чем те, в которых привлечен живой психотерапевт.

В детской психиатрии большую часть работы на благо ребенка проводят через родителей, так что консультирование и поддержка входят в состав базового репертуара многих клиницистов, независимо от того, какое расстройство у ребенка. Когда родителям помогают примириться с диагнозом генерализованной недостаточной обучаемости или справиться с депрессией своего ребенка, это может быть главной составляющей. Исследования консультирования в таких обстоятельствах позволяют полагать, что родители считают главным проявляемое отношение к ним клинициста («любит меня», «любит моего ребенка»), и нуждаются в неформальной атмосфере, где они могут задавать вопросы.

Непосредственная работа с детьми и подростками в некоторых отношениях отличается от работы с взрослыми. Во-первых, возможно, что ребенок не хотел бы, чтобы его принимали одного; обычно им не нужно давать согласие. Во-вторых, чтобы достичь инсайта с младшими детьми, может понадобиться, чтобы метод работы вначале меньше опирался на разговор и был сосредоточен на рисовании или игре. В-третьих, даже когда терапия может помочь детям примириться с трудной ситуацией, и дает им возможность созреть и измениться, дети – не являются хозяевами своей собственной судьбы в той же мере, как взрослые, поэтому они вполне могут продолжать подвергаться повреждающим и пагубным влияниям, таким как суровые наказания, пренебрежение в пределах семьи, или мать - алкоголичка. В этих обстоятельствах совершенно необходимо изо всех сил попытаться улучшить условия, и предоставлять индивидуальную терапию, не делая этого, может быть неэтично.

Хорошо проведенных испытаний, оценивающих индивидуальную динамическую психотерапию, было очень немного, поэтому в настоящее время трудно быть уверенным в ее эффективности.

### **Обзоры по теме**

- Brent D.A. et al (2002) Cognitive-behavioural approaches to the treatment of depression and anxiety. In: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 921-937.
- Compas B.E. et al (2002) Problem-solving and problem-solving therapies. In: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 938-948.
- Jacobs B.W. (2002) Individual and group therapy. In: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 983-997.

### **Дополнительное чтение**

- Birmaher B. et al. (2000) Clinical outcome after short term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 29-36.
- Mufson L. et al. (1999) Efficacy of interpersonal therapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.