

*Шевченко Ю.С., Северный А.А.*

*Российская медицинская академия последипломного образования, НЦ психического здоровья РАМН, Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).*



## КОНЦЕПЦИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ ТЕРАПИИ КАК ИДЕОЛОГИЯ МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

по материалам 5 Международного конгресса  
«Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы  
социально-психологического здоровья»  
24-27 сентября 2013 г. Москва



**Д**иалектическая биопсихосоциальная сущность ребенка характеризуется активным эволютивным онтогенезом, т. е. формированием, созреванием и развитием тела, души и духа в едином контекстуальном процессе, определяемом наследственностью, изменчивостью и отбором. Это обуславливает тот факт, что любое серьезное или длительное неблагополучие ребенка в его соматическом здоровье или в условиях жизни и воспитания чревато возникновением дизонтогенетических механизмов на уровне психики – психическим дизонтогенезом (Г.Е. Сухарева, Г.К. Ушаков, В.В. Ковалев, В.В. Лебединский), проявляющимся эмоциональными, волевыми и интеллектуальными нарушениями.

Помимо экзогенно-органических (соматогенных и первично-энцефалопатических) и экзогенно-психогенных (депривационных и социогенных) факторов дизонтогенез психических свойств, функций и компонентов личности того или иного типа или сочетания нескольких типов (В.В. Ковалев, В.В. Лебединский) может быть обусловлен и несовершенством генетической программы. Последняя определяет как первично-дизонтогенетические формы патологии (врожденные формы умственной отсталости или задержек интеллектуального развития, психический инфантилизм, наследственно-конституциональные психопатии), так и вторично-дизонтогенетические эффекты так называемых эн-

догенных заболеваний (шизофрении, криптогенной эпилепсии, МДП). Эти эффекты могут преимущественно затрагивать интеллектуальную сферу («олигофренический плюс» при рано начавшемся заболевании, деменция при распаде уже сформированных функций, а также сочетание признаков ущерба и недоразвития), либо в большей степени отражаться на эмоционально-волевых свойствах (психопатоподобный дефект основного заболевания).

Изучение динамики психических расстройств у детей показывает, что энцефалопатические, дизонтогенетические и психогенные механизмы находятся в непрерывном динамическом взаимодействии, передавая «эстафету лидерства», что отражается на клинической диагностике одного и того же наблюдения в разном возрасте пациента. Так, «перинатальная энцефалопатия», связанная с повреждением мозга во время беременности или родов, частично компенсировавшись, но до конца не исчезнув, реализуется в минимальной мозговой дисфункции, клинически обозначаемой как дизонтогенетическое расстройство в форме «синдрома дефицита внимания с гиперактивностью», либо «гиперкинетическое расстройство поведения». Последнее, в свою очередь, само порождает конфликты ребенка с окружающими и ответное реагирование на них в форме «невротических», «психосоматических» или «патохарактерологических» реакций, что свидетельствует о приобретении ведущей роли психогенными механизмами. Длительное же существование психогенных реакций (через этап затяжного психогенного состояния) приводит к нарушению формирования социальных структур индивидуальности, т. е. к дизонтогенезу на уровне характера и личности. Это диагностируется уже как «невротическое», «психосоматическое» или «патохарактерологическое» развитие личности, являющееся по сути «нажитой», или «краевой», психопатией (О.В. Кербиков, А.Е. Личко, В.В. Ковалев). Описанная динамика взаимодействия энцефалопатических, дизонтогенетических и психогенных факторов является тем «бермудским треугольником», в котором нередко «тонут» пациенты и беспомощно «барахтаются» специалисты, искренне пытающиеся им помочь.

Особенно наглядна указанная безысходность в тех случаях, когда диагностикой и коррекцией сложной патологической системы пытаются заниматься представители смежных специальностей в отрыве друг от друга, забывая о том, что всякая система характеризуется «устойчивым патологическим состоянием» (Н.П. Бехтерева) и обладает механизмами самосохранения, упорно сопротивляющимися односторонним попыткам ее изменения. Так, не решив проблемы с источником дисметаболической энцефалопатии (гипоксической, печеночной, почечной, гипогликемической, тиреоидной, витаминдефицитной, интоксикационной или медикаментозной природы) трудно рассчитывать на серьезный и стойкий эффект коррекционно-педагогических мероприятий

в отношении когнитивных нарушений (А.Н. Боголепова, Н.Н. Яхно, В.В. Захаров). С другой стороны, ни одна таблетка ничему не учит, а пропущенные или несовершенно пройденные сенситивные периоды развития сами по себе не компенсируются, и требуется специальная интенсивная и кропотливая работа по ликвидации дизонтогенетически обусловленной дефицитарности пациента в его психическом функционировании (В.В. Лебединский). Если ребенок не слушается собственных родителей, то без серьезной психотерапевтической работы с семьей трудно рассчитывать как на успешность усилий логопедов, дефектологов, психологов, педагогов по коррекции его интеллектуально-мнестических нарушений, так и на позитивные перспективы его дальнейшей социализации.

Не случайно современный подход к оценке психического состояния детей и подростков (одна из немногих безусловно положительных характеристик действующей Международной классификации) предполагает осуществление многоосевой диагностики, включающей три клинические и три психологические (в т. ч. социально-психологические) шкалы (МКБ-10). Первая ось – «клинические психопатологические синдромы» – включает: общие расстройства развития; поведенческие и эмоциональные расстройства, характерные для детского и подросткового возраста; органические, в том числе симптоматические психические расстройства; состояния химической зависимости; шизофрению; аффективные расстройства; невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства; поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; расстройства и поведения у взрослых (психопатии). Вторая ось – «специфические расстройства психического развития» – включает: специфические расстройства развития речи; расстройства развития школьных навыков (дислексию, дисграфию, дискалькулию); специфические расстройства развития двигательных функций и смешанные расстройства развития. Третья ось – «уровень интеллекта» – предполагает диагностику умственной отсталости: легкой; умеренной; тяжелой и глубокой степени вне зависимости от ее природы (которая может быть отражена в других осях). Четвертая ось – «соматические состояния, часто сочетающиеся с психическими и поведенческими расстройствами», шифруемые в разных (непсихиатрических) рубриках МКБ-10. Пятая ось – «сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации» отражает: внутрисемейные отношения; особенности микросоциального окружения; острые стрессовые события; факторы, связанные с психическими расстройствами самого ребенка. Наконец, шестая ось предназначена для общей оценки нарушений психосоциальной продуктивности: от отличного социального функционирования до глубокого общего нарушения социальной продуктивности.

Многоосевая диагностика, таким образом, предполагает комплексное участие разных специалистов, прежде всего врачей разного профиля, психологов, педагогов и социальных работников в терапии и реабилитации детей с различными формами психической патологии (А.А. Северный).

В свете вышеизложенного нами предлагается концепция многоуровневого лечебно-коррекционного подхода к терапии детей и подростков с психическими расстройствами, успешно реализуемая в отношении пациентов с самой различной патологией (Ю.С. Шевченко). Каждый уровень включает как общую, так и специфическую направленность лечебно-коррекционных воздействий и, соответственно, ведущую роль того или иного специалиста.

**Первый уровень – метаболический.** Биологическая, в первую очередь медикаментозная терапия на этом уровне имеет несколько ориентиров: общесоматический, соответствующий принципу «В здоровом теле – здоровый дух» и предполагающий при необходимости участие педиатров различного профиля (в соответствии с четвертой осью многоосевой диагностики); церебральный, направленный на улучшение обменных процессов в мозге, его насыщение кислородом, повышение энергетики, нормализацию внутричерепного давления, компенсацию резидуальной энцефалопатии и сглаживание ее интеллектуально-мнестических проявлений, что предполагает взаимодействие психиатра и невролога; психопатологический, ориентированный на астенические, аффективные, неврозоподобные, психопатоподобные проявления психорганического синдрома, а также пограничные и/или психотические симптомы иной природы.

К этому уровню в качестве дополнительных средств воздействия можно отнести различные формы физиотерапии, лечебной физкультуры, ароматерапию, магнитотерапию, гипербарическую оксигенацию, используемую как в педиатрии, так и в общей психиатрии и совершенно не освоенную детскими психиатрическими учреждениями (С.А. Байдин, В.Г. Подсеваткин) и проч.

**Второй уровень – нейрофизиологический.** Он представлен нейропсихологической коррекцией (А.В. Семенович, Б.А. Архипов, В.А. Корнеева, Ю.С. Шевченко), направленной на исправление дизнейроонтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р. Лурия), ответственных за *энергетическое обеспечение* всего организма (1-й блок – функции активации, энергоснабжения и статокINETического баланса психических процессов), *операциональную деятельность* мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (2-й блок – функции операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром), произвольно-волевое, разумное

поведение и чисто человеческое мышление (3-й блок – функции произвольной регуляции и смыслообразования психомоторных процессов). Ее неспецифическое воздействие на те или иные интрапсихические и психосоматические расстройства реализуется за счет оптимизации церебральных процессов, повышения их экономичности, улучшения «материального» обеспечения душевно-духовного существования и саногенного взаимодействия «тела» и «духа». Специфический эффект нейропсихологической коррекции заключается в воздействии на церебральные причины когнитивных расстройств, в частности, за счет расширения и развития связей между полушариями, совершенствования функциональных механизмов сенсомоторных и пространственно-временных предпосылок речевых и счетных операций, церебральных механизмов вербального и невербального интеллекта и его предпосылок. *Так, работа с доминантной рукой (у правшей с правой) стимулирует левые поля Бродмана 44 и 45, образующие зону Брока, что у детей с моторной алалией способствует освоению членораздельных звуков. Тогда как нагрузка на левую руку, активизируя те же поля правого полушария, развивает у них, а также у детей с элективным мутизмом (отличающихся бездумной болтовней в привычных, обычно домашних условиях) интонационную и контекстную сторону речи. В филогенезе человека эволюция мозга определялась параллельным развитием совершенствования орудийной деятельности и речи (А. Марков). В онтогенезе этот путь повторяется от забивания гвоздя и приготовления пищи до изготовления ребенком из ветки дерева рогатки или свистка с помощью перочинного ножика.*

Кстати, тот факт, что многие современные дети практически не играют в традиционные подвижные игры ни с родителями, ни со сверстниками, а также, как правило, не занимаются трудовой деятельностью (требующей сложного мышления, планирования и координации последовательностей целенаправленных действий), крайне негативно сказывается на их как социальном, так и психомоторном, интеллектуальном и речевом развитии. Естественной профилактикой нейропсихологической дефицитарности являются также регулярное плавание и занятия спортом.

К сожалению, количество детских нейропсихологов в стране ничтожно мало, а профессионально занимающихся не только диагностикой, но и сенсомоторной коррекцией – единицы. Это ставит вопрос об их подготовке и официальном введении в номенклатуру специалистов.

**Третий уровень – синдромальный.** В случае когнитивных расстройств работу на этом уровне осуществляют коррекционный педагог, логопед-дефектолог, детский психолог, также ставящие перед собой как общеразвивающие, так и специальные задачи, обусловленные конкретным патопсихологическим синдромом – моторная или сенсомоторная



алалия; нарушение созревания счета, чтения, письма; дефицит внимания, расторможенность и импульсивность в структуре СДВГ; алекситимия при психосоматических расстройствах; антиципационная недостаточность при формирующейся психопатии, разноплановость мышления при шизофрении и т. д. (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, В.Д. Менделевич).

Оснащенность указанными выше специалистами, хоть и недостаточная, но все же представляется более благополучной, чем теми, кто должен работать на прочих «немедикаментозных» уровнях (А.А. Северный, Н.М. Иовчук, Ю.С. Шевченко). Однако это справедливо только для крупных городов. Что касается сельской местности, то там учитель начальных классов оставлен один на один с интеллектуальными, речевыми, эмоциональными и поведенческими проблемами своих пациентов, не имея для соответствующей работы с ними ни профессиональных, ни организационных, ни временных ресурсов. Ситуация усугубляется тем, что после перевода сельских школ на «подушевое» финансирование в них не осталось ни школьных психологов, ни социальных педагогов.

**Четвертый уровень – поведенческий.** Его задача – формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной и других видов психотерапии. Неспецифический аспект данного уровня, обуславливающий в ряде случаев необходимость именно с него начинать всю психокоррекционную программу, заключается в том, что прежде всего бывает необходимо добиться от ребенка элементарного послушания родителям, а затем и другим взрослым, с которыми ему предстоит работать. Только сформировав у ребенка принятие и выполнение инструкций «нельзя» и «надо» (с помощью приемов жесткого моделирования поведения, включая холдинг-терапию), т. е. преодолев эти первые ступени индивидуальной «лестницы поведенческих проблем» пациента, можно приступать к работе на втором, третьем и пятом уровнях комплексной терапии, а также решать более высокие задачи диагностико-терапевтического процесса данного уровня.

В процессе когнитивно-поведенческой психотерапии преодолеваются ригидные архаические механизмы психологической защиты, расширяется поведенческий диапазон реагирования в конфликтных ситуациях, осваиваются социально приемлемые способы экспрессивной канализации агрессии, приемы саморегуляции в эмоционально значимых ситуациях (АТ, парадоксальная интенция), десенсибилизируются индивидуально типичные стрессогенные факторы, анализируются и дезактуализируются вторичные рентные установки. Работу на данном уровне, предполагающем обучение родителей и педагогов технике модификации поведения (когнитивно-бихевиоральная психотерапия..., Б.З. Драпкин),

в принципе могут осуществлять специально подготовленные психиатры (в Германии соответствующая врачебная специальность называется «детский психиатр-психотерапевт»), а также школьные психологи и социальные педагоги.

Обучение социальным «правилам игры» раньше спонтанно происходило в многодетных семьях, дворовых ватагах, культивировалось пионерскими организациями, тимуровскими командами и трудовыми лагерями. Современной альтернативой исчезнувших носителей социальных институций могут служить (хоть и далеко не полностью) скаутские организации, летние оздоровительные и военно-спортивные лагеря, групповые виды спорта.

Пятый уровень – **личностный**. Его цель – разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии.

Примером преодоления родительско-детского перфекционизма может служить беседа, объективизирующая (по часам) школьную перегрузку, нарушающую положения «гигиены труда» («учебная неделя» одного из наших пациентов, ученика 6 класса, насчитывала 60 часов без учета занятий музыкой), исправляющая нереалистическое отношение к оценкам (пять – «хорошо», три — «плохо»), завышенный уровень притязаний («чемпионство во всех видах школьного многоборья») и подводящая к выводу о том, что главный учебный «предмет» – это ПРИЛЕЖАНИЕ. Кстати, и в царской России, и в советское время в начальной школе оценка за прилежание официально существовала наряду с другими. Соответственно, родителям следует оценивать, в первую очередь, отношение ребенка к труду (которое будет определять его успешность всю последующую жизнь) и хвалить, прежде всего, за старание, а не за конечный результат (который зависит от многих объективных и субъективных факторов) и уж тем более не за поставленную учителем отметку. Моделируя на этой основе ситуации успеха можно формировать у ребенка «комплекс полноценности» без угрозы надорвать его силы еще до того, как он сам выберет себе работу «по душе» и «по способностям».

Ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне (завершающей, а порой предвосхищающей прочие формы немедикаментозного воздействия) является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная Ю.С. Шевченко и В.П. Добриденем (2004) на основе концепции онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Ю.С. Шевченко). Особенности проведения методики ИНТЭКС – восемь дней непрерывного погружения в психотерапевтический процесс (минимум 64 часа собственно лечебно-коррекционной работы), завершаемого сеансом эмоционально-

стрессового воздействия, построенного по сценарию традиционно-архетипического ритуала инициации, позволяют, помимо всего прочего, разрушить инертные интра- и экстрапсихические механизмы устойчивого патологического состояния.

Изложенная концепция не только дает ориентиры для продуктивного взаимодействия специалистов, отвечающих за социально-психологическое здоровье подрастающего поколения, но и показывает необходимость преодоления сохраняющейся межведомственной разобщенности, а также планирования подготовки соответствующих специалистов при реализации реформ здравоохранения и образования.