©2012 р. О. М. Скляренко (м. Київ)

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОГО ПІДХОДУ У ПСИХОТЕРАПІЇ ІНТЕРНАЛІЗУЮЧИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ

Врахування особливостей вікового розвитку дітей та підлітків вимагає дещо іншого підходу до завдань психотерапевтичного втручання ніж у дорослому віці. Вирішуючи проблеми психотерапевтичного впливу у дитячому віці, дослідники виділяють основні завдання у роботі з клієнтами-дітьми (Ratter, 1985), серед яких провідними є зменшення вираженості явних проблем; забезпечення нормального розвитку дитини; розвиток самостійності та впевненості у своїх силах генералізація терапевтичних змін; збереження терапевтичних змін. Особливостям впровадження психотерапевтичних стратегій у дитячому та підлітковому віці присвячені дослідження дитячих психоаналітиків (А.Фройд, М. Кляйн, Д. Уіннікотта, Д. Боулбі та ін.), гештальт-терапевтів (В.Оклендер), когнітивно-поведінкових психотерапевтів (Ф.Кендалл, Дж. Бек, Кевін Д. Старк, Дж. Сандер та ін.), вітчизняних вчених (Е.Г.Ейдеміллер, В. Юстіцкіс, І.В.Макаров, С.А.Кулаков, І.М.Нікольська та ін.). Попри значну кількість досліджень, залишаються відкритими питання ефективності психотерапевтичних втручань, очікуваних результатів, мотивації клієнтів-дітей та підлітків, співпраці психотерапевта з батьками дитини, найбільш ефективних стратегій тощо. Відтак, виділяють втручання для дітей та підлітків, що можуть бути: психотерапевтичними, профілактичними чи сфокусованими на удосконалення. При цьому вважається, що вибір психотерапії залежить від того, наскільки впливає дорослішання і новий досвід на перебіг певного зафіксованого розладу. Варто зауважити, що розвиток, який відбувається у природному руслі, зосереджує увагу фахівців на психологічній адаптації та пристосуванні і базується на вирішенні попередніх труднощів. При цьому з необхідністю визначають можливість спонтанного покращення стану дитини і розуміння процесів, що відбуваються при цьому. Врахування усіх цих факторів дасть змогу прийняти обґрунтоване рішення про доцільність застосування психотерапії.

Серед усіх зазначених психотерапевтичних течій, що сфокусовані на дослідженні дитячого та підліткового віку, провідною психотерапією називають когнітивно-поведінкову терапію (Ф.Кендалл, 2002; Р.Карсон, Дж. Батчер, С. Мінека, 2004). Зокрема, зазначається, що когнітивно-поведінкова психотерапія є одним із провідних напрямів підготовки психотерапевті у США, Німеччині та деяких інших країнах, а також входить до стандарту підготовки лікарів-психіатрів (С.А. Кулаков, 2005). Метою даної статті є дослідження теоретичного та практичного аспектів застосування когнітивно-поведінкових втручань щодо так званих інтерналізуючих розладів, зокрема, пов’язаних із афективною сферою та депресивними розладами у дітей.

Практика когнітивно-поведінкової психотерапії базується на певних теоретичних положеннях, що мають базові принципи. Серед них виділяють, перш за все, орієнтацію на вирішення проблеми, що на переконання когнітивних терапевтів, безпосередньо пов’язано із когнітивною обробкою інформації. У свою чергу, викривлення інформації, що надходить із зовнішнього світу чи від внутрішніх органів, збуджує емоційну сферу та зачіпає соціальну (міжособистісну) сферу. Ґрунтуючись на твердженні, що зміна дисфункційних переконань призведе до зміни емоційного реагування та покращення міжособистісного спілкування, терапія зосереджується на використанні структурованих та поставлених процедур і акцентує втручання, що базується на виконанні.

Проаналізуємо зазначені аспекти впливу докладніше. Так, вирішення проблеми передбачає вміння розгледіти проблему і розглянути її як життєво важливу складову у адекватному пристосуванні як у дитинстві, так і протягом всього життя. Вважається, що здатність напрацьовувати альтернативні рішення і компетентно оцінювати кожну можливість впливає на ступінь психічного здоров’я. Під безпосередньою когнітивною обробкою інформації розуміють здатність напрацьовувати вдалі рішення, які часто народжуються завдяки активному використанню індивідом своїх мисленнєвих здібностей, або участі у когнітивних стратегіях. Ці стратегії не передаються від батьків через генетичний код, але набуваються через досвід, через спостереження і через інтеракції з іншими людьми. Виправлення дефектної інформаційної обробки і навчання стратегіям подолання її недостатності – важливі кроки у процесі психотерапії психологічних розладів у дітей та підлітків (Ф. Кендалл, 2002). Щодо емоційної сфери, то вважається, що наші емоційні стани, як позитивні, так і негативні, впливають на наші когнітивні та поведінкові уміння. Для ефективного когнітивного вирішення проблеми необхідно розуміти, яким чином переживаються та модифікуються емоції. Так само важливим є соціальний аспект, пов’язаний із значущими психологічними проблемами, які потребують вирішення. Причому головними є не безособові, а міжособистісні проблеми.

Перевагою когнітивно-поведінкової терапії, як зазначають дослідники, є її структурованість (Дж. Бек, 2006). Структура, як і теорія, надає психотерапії організований характер: спочатку слідує розуміння проблеми, а потім – впорядкований комплекс послідовних переживань, який оптимізує сприятливі зміни у стані клієнта. Вважається, що підхід, побудований у формі практичного керівництва, допомагає сформувати цілі, задає темп і встановлює послідовні етапи на шляху досягнення мети (не є жорсткими рамками).

Серед провідних аспектів втручання зазначають також виконання домашніх завдань клієнтом. Зокрема, психотерапія дітей та підлітків спрямована на викладання навичок чи корекції дефіцитарного мислення, емоцій чи дій. Такі цілі найкраще досягаються саме через процедури, що базуються на виконанні чи тренуванні. Вправи у навичках, які сполучаються із спонуканням та зворотнім зв’язком, призводять до подальшого використання та удосконалення цих навичок.

Фахівці, згідно загальної логіки раціональності, виокремлюють відповідні елементи когнітивно-поведінкових підходів у цілому (Ф. Кендалл, Кевін Д. Старк, Дж. Сандер 2002):

1. Цілеспрямоване намагання зберегти позитивні ефекти поведінкової терапії у менш теоретичному контексті і вбудувати когнітивну діяльність клієнта в зусилля, що спрямовані на здійснення терапевтичних змін.

2. У когнітивно-поведінкових методах використовують процедури, що засновані на тренуванні, і структуровані сесії (посібники, учбові керівництва), а також стратегії когнітивного впливу, що покликані змінювати мислення, почуття і поведінку.

3. Когнітивно-поведінковий аналіз дитячих та підліткових розладів і порушень пристосування, а також аналіз покращення, яке виникло у процесі психотерапії, включають у себе розгляд внутрішнього і зовнішнього середовища дитини і являють собою інтеграційну перспективу.

4. Дана модель приділяє велику увагу процесу научіння і впливу зовнішнього середовища, але одночасно підкреслює, що і в розвитку, і в корекції психологічного дистресу головну роль відіграє стиль, у якому індивід обробляє інформацію.

Крім основних теоретичних концепцій, пов'язаних безпосередньо із терапією, виокремлюється, як окремий компонент, позиція психотерапевта. Така позиція передбачає впровадження позицій терапевта як консультанта, діагноста та педагога. Об'єднуються дані позиції роллю тренера.

Проаналізуємо дані позиції докладніше. Так, роль консультанта передбачає те, що психотерапевт володіє певними ідеями і здатен оцінити їх цінність для клієнта. Сутність: клієнту надається можливість спробувати щось зробити, а також надається допомога у осмисленні його переживань. Робиться спроба розвинути у клієнта певні навички через навчання самостійному мисленню і зрілому вирішенню проблем. *Клієнт: що мені робити? Психотерапевт: давай подивимось, чого ти хочеш досягти? Які у нас є варіанти? Як нам поглянути на цю проблему з іншого боку?* Діалог стимулює процес вирішення проблеми, але без нав'язування конкретного рішення.

Роль діагноста ґрунтується на визначенні характеру проблеми, виокремленні її. При цьому психотерапевт інтегрує дані, спираючись на власні пізнання у патопсихології, нормальному розвитку, психологічно здорових умовах, приймає обґрунтовані рішення. Приділяється увага різноманітним джерелам інформації, визначається сутність проблеми і оптимальна стратегія для її усунення.

Що стосується педагогічних функцій, то вони зосереджені навколо навчання клієнта контролю над поведінкою, когнітивним навичкам і розвитку емоцій, а також оптимальним способам комунікації для сприяння індивіду у його навчанні. Крім того, терапевт підбадьорює клієнтів до самостійного мислення, використовуючи зворотній зв'язок стосовно сильних та слабких місць, обговорення альтернатив та можливостей.

Отже, позиція когнітивно-поведінкового терапевта, що працює з дітьми та підлітками відрізняється духом співробітництва (консультант), об'єднанням та розширенням соціальної інформації (діагност) та пов'язана із викладанням через переживання на фоні включеності (педагог).

Особливої уваги заслуговує питання направлення дітей та підлітків на психотерапію. Варто враховувати наступні чинники:

1. дітей направляють на психотерапію, тоді як дорослі часто шукають її самі;

2. діти та підлітки повинні самостійно приходити до розуміння користі, які приносить психотерапія;

3. діти та підлітки ще не зовсім здатні бути повністю незалежними, необхідно враховувати сімейні, шкільні та інші контекстуальні впливи.

Далі зосередимось на дослідженні особливостей впровадження когнітивно-поведінкової психотерапії при інтерналізуючих розладах, виокремивши поняття як даних розладів, так і розвитку емоційного регулювання у цілому. У дитячій психопатології довго не визнавався сам факт того, що діти страждають на депресивні розлади. У 40-х роках вперше був описаний розлад, що отримав назву «анаклітична депресія» та передбачав поведінковий патерн, аналогічний депресії дорослих, який зустрічається у немовлят та дітей, що страждають від розлуки із матір'ю. Серед провідних симптомів виокремлюють повільний розвиток таких поведінкових проявів як плаксивість, печаль, нерухомість, апатія, поганий апетит, уникання зорового контакту, плач, агресивна поведінка (Р. Карсон, 2004). На сьогодні серед симптомів дитячої депресії, окрім вищеназваних, називають роздратування, що змінюється депресивним настроєм. Депресивні симптоми та розлади розцінюються у когнітивно-поведінковій психотерапії як нездатність регулювати негативний афект (Кевін Д. Старк, Дж. Босуелл Сандер та ін., 2002). Типовий розвиток афективного регулювання відрізняється чотирма тенденціями: перехід від регулювання зовні до саморегулювання; розширення репертуару емоційного регулювання з віком; перехід від поведінкових стратегій до когнітивних і акцент на ситуаційних особливостях.

Розвиток емоційного регулювання, на думку дослідників, проходить через ряд етапів.

Немовлячий вік. Регуляція немовлячих емоцій здійснюється, головним чином, особами, що доглядають, які або усувають дистрес, або підтримують оптимальний рівень збудження у процесі спілкування.

Ранній дитячий період. Головним інструментом регуляції стає мова.

Період середнього дитинства. У школярів здатності до регуляції емоцій відрізняються опорою на саморегуляцію, що зростає, хоча вплив батьків залишається сильним.

Підлітковий вік. Головним завданням цього віку є формування ідентичності. У підлітків вже розвинена Я-схема, яка уособлює їх вміння справлятись з негативними емоціями.

Як відомо, у психології виділяють діатезо-стресову концепцію-модель як провідну у виникненні певних розладів. Згідно цієї концепції стрес вступає у взаємодію з внутрішньою вразливістю (діатезом) дитини, породжуючи депресивний розлад. При цьому стресори можуть приймати будь-яку із декількох форм: хронічні навантаження, буденна суєта, значні життєві події, і протікати або хронічно, або з гострим початком. Діатез включає у себе недостатню продукцію нейротрансміттерів, депресогенні схеми, відчуття безнадії, порушення соціальних навичок і відсутність сприйнятої компетентності.

Програма психотерапії депресій у дитячому та підлітковому віці включає певні етапи та загальне уявлення про хід психотерапії. Так, провідною є думка про те, що дитина є одним із декількох учасників втручання, а у психотерапію повинні також бути залучені значущі інші із первинного оточення дитини. Формами такого включення є батьківський тренінг, сімейна психотерапія і консультування.

Втручання, спрямоване на батьків, сім'ю та школу, необхідне для:

- підтримки індивідуальної роботи, проведеної з дитиною;

- стимуляції розвитку нових адаптивних схем та правил обробки інформації;
- сприяння використання навичок копінгу у позатерапевтичній ситуації;
- зміна оточуючих подій, що сприяють розвитку та збереженню когнітивних, міжособистісних та сімейних порушень, які лежать у основі депресивних симптомів.

Що стосується особливостей роботи з дитиною, то тут виокремлюють декілька етапів (Кевін Д. Старк, Дж. Босуелл Сандер та ін., 2002). Перш за все, визначають *сутність афективного порушення* через встановлення терапевтичних стосунків, допомоги дітям у набутті кращого розуміння своїх емоційних переживань і роз’яснення їм зв’язку між думками, почуттями і поведінкою. Усвідомлення емоцій і осмислення взаємозв’язку між думками, почуттями та поведінкою – наріжний камінь, на якому вибудовуються інші навички копінгу та регулювання настрою. Ціль: навчити дітей використовувати свій настрій у якості сигналу до початку тих чи інших протидіючих дій. Перший крок – складання словника афективних переживань і їх емпатичного розуміння. Психотерапевт підбирає питання, які допоможуть ідентифікувати патерни у подіях, що пов’язані із зниженням настрою, і потім намагається визначити думки і значення, пов’язані з цими подіями.

Один із основних інструментів виміру настрою – складання розкладу мироприємств, який ґрунтується на плануванні приємних і цілеспрямованих занять, якими дитина буде займатись протягом дня. Вважають, що здійснення цих заходів допоможе дитині:

- отримати підкріплення і подолати замкнутість, пасивність, малорухливий образ життя, який пов’язаний із депресивним епізодом;
- дозволять дитині відволіктись від всепоглинаючого негативного мислення і призведуть до когнітивного перструктурування у міру того, як дитина усвідомлює, що життя може приносити радість;
- усвідомлення зв’язку між цікавими справами та гарним настроєм, який встановлюється у процесі обговорення з дитиною минулого тижня у її житті.

Вкрай важливо працювати із соціальним оточенням дитини, коли психотерапевт, дитина та батьки спільно працюють над ідентифікацією занять, що приносять дитині задоволення, і після цього розписують час та дні, у які дитина може ними зайнятись. Дитина повинна вести спеціальний щоденник, у якому вона кожного дня фіксує свій стан.

По ходу сесії діти заключають контракт, у якому погоджуються поступово нарощувати рівень своєї активності. З часом виставлені за настрій оцінки і частоту приємних занять можна представити у графічному вигляді, щоб «довести» існування зв’язку між приємною справою та настроєм.

Далі логіка психотерапії вибудовується на вирішенні проблем. Вирішення проблем передбачає декілька етапів.

Перший етап. При навчанні депресивної дитини вирішенню проблем психотерапевт та дитина зіштовхуються із негативним мисленням дитини. Психотерапевт пояснює, що неприємний афект, проблеми і розчарування являють собою проблеми, які потребують вирішення.

Научіння етапам вирішення проблем:

- просвіта;
- моделювання;
- тренування;
- репетиції;
- зворотній зв’язок.

Другий етап. Щоб допомогти дітям справитись із песимізмом, їх навчають ствердженням, що «розігрівають». Необхідно, щоб через деякий час цей песимізм був подоланий конкретним доказом того, що вони можуть долати проблеми.

Третій етап. Напрацювання альтернативних рішень. Дітей навчають мозковому штурму, пропонуючи їм знайти як можна більше рішень проблеми, не піддаючи останні оцінці.

Четвертий етап. Прогнозування результатів, вірогідних для кожного можливого рішення. Коли діти доходять до реальних життєвих проблем, терапевт нерідко допомагає їм усвідомити потенційно позитивні результати, а також недоліки та провальні наслідки інших можливостей. На цьому етапі знову доводиться боротись із песимізмом.

П’ятий етап. Огляд можливих рішень, вибір найкращого і реалізація плану.

Шостий етап. Оцінка прогресу, досягнутого у напрямі рішення проблем і результату, який принесло вибране рішення. У психотерапію необхідно включати копінг-ствердження на випадок планів, які не вдалися.

У процесі психотерапії обов’язково аналізується *міжособистісна поведінка*. Коли у ході природного обміну між терапевтом та дитиною виявляються соціальні порушення, психотерапевт звертається безпосередньо до них через зворотній зв’язок і навчання дитини більш адаптивній поведінці. Когнітивним порушенням, що лежать у основі дезадаптивної поведінки, протиставляються більш адаптивні самоствердження.

Важливим елементом психотерапії є також розгляд *дезадаптивних когніцій.* Дітям викладають різні стратегії для ідентифікації і зміни їх дезадаптивних когніцій. Ці елементи психотерапії вступають у силу на пізніх етапах через те, що вимагають від дитини більшої сфокусованості на собі, яка небажана на початку терапії, через загрозу посилити депресивні симптоми.

Зміна порушеної інформаційної обробки є, власне, метою психотерапевтичного втручання. Щоб протистояти схильності депресивних дітей звертати увагу на негативні життєві події відхиляючи позитивні, їх навчають самомоніторингу позитивних подій та приємних емоцій. Це спрямовує увагу дітей на більш позитивні явища, завдяки чому розривається цикл так званої негативної уваги. Першим кроком у навчанні дітей самомоніторингу є спільне визначення явищ, які підлягають спостереженню, і ідентифікації подій, що являються чи ні зразками останніх.

Як відомо, динамічним компонентом, на якому зосереджує увагу когнітивно-поведінковий терапевт, є автоматичні думки. Подолання схильності негативно мислити досягається шляхом просвіти, озвучування думок у процесі гри, допомоги дітям у відстеженні негативних думок у міру їх виникнення в ході гри та інших заходів. Коли негативна думка відстежена, дитину навчають її заміщенню. Одним із методів тут являються моделювання більш адаптивних думок. Окрім когнітивного моделювання психотерапевт, займаючись відслідковуванням негативних думок, «думає вголос» кожного разу, коли зіштовхується з якоюсь проблемою. Це слід робити протягом всієї психотерапії, щоб постійно демонструвати дитині моделі адаптивного мислення.

Однією із кінцевих цілей психотерапії є зміна дисфункціональних схем, що є глибинними переконаннями клієнта. Програма включає у себе ряд процедур когнітивного переструктурування, що розроблені А. Беком (Дж. Бек, 2006). Ці процедури передбачають цілий ряд запитань, які ставить психотерапевт клієнту, серед яких: де докази? як можна поглянути на це інакше? що, якщо? тощо. Дітей вчать бути «пошукачами думок», які ідентифікують дезадаптивні думки, а потім оцінюють докази, що оправдовують думку; розглядають альтернативні інтерпретації чи розмірковують над тим, що буде, якщо дійсно відбудеться небажана подія. Ціль є у тому, щоб діти навчились самостійно переструктурувати свої негативні думки.

Найбільш ефективним способом зміни дитячого мислення вважають стратегічну зміну поведінки, що доводить справедливість думок. Зміна поведінки і відповідно її результату надає дітям миттєве, безпосереднє заперечення дезадаптивної схеми і підкріплення нової, адаптивної схеми. При цьому, психотерапевт повинен володіти певними уміннями, а саме: 1) ідентифікувати дезадаптивну думку чи схему; 2) довести її до свідомості дитини; 3) працювати з дитиною над доказом чи запереченням думки чи схеми; 4) розробити поведінкове завдання, яке перевіряє валідність доказів; 5) надалі необхідно перевірити чи експеримент виконується так, як було задумано; 6) по завершенню експерименту психотерапевт працює з дитиною над обробкою результатів. Це важливий етап, бо депресивні діти можуть викривлювати результати.

На заключному етапі психотерапії увага зосереджується на зміні *негативних самооцінок*. Можна ідентифікувати наступні порушення:

1. діти розцінюють свою діяльність як неадекватну з тієї причини, що задали собі перфекціоністські стандарти. Тоді використовують когнітивне переструктурування, яке допомагає дітям прийняти більш реалістичні стандарти;
2. діти задають собі реалістичні стандарти, але оцінюють себе негативно. При цьому застосовують когнітивне переструктурування, самомоніторинг, когнітивне моделювання тощо;
3. дитячі негативні самооцінки справедливі і дітям необхідні зміни. Ціль тренінгу самооцінки виявляється у тому, щоб допомогти дітям перевести особистісні стандарти у реальні цілі, після чого розробити та здійснити плани досягнення цих цілей. Діти виділяють пріоритетні області, у яких вони хочуть вдосконалюватись. План першочергово складається для тих областей, у яких є шанс досягти успіху.

Підводячи підсумок, варто зазначити, що дослідженнями встановлено факт схильності депресивних дітей до повторних переживань епізодів депресії. Вважають, що психотерапія може прискорити процес одужання та скоротити тривалість розладу. При цьому, когнітивно-поведінкові втручання зарекомендували себе як ефективні методи у роботі із клінічними станами та тими, що не мають виражених клінічних симптомів. Водночас, серед провідних та першочергових завдань подальших досліджень є визначення того чи дійсно когнітивно-поведінкова терапія є найбільш ефективним психосоціальним впливом. Як би там не було, зрозуміло, що залучення дітей та підлітків до когнітивно-поведінкової терапії є фактором, що сприяє покращенню емоційного реагування, покращення міжособистісних стосунків і, як результат, покращення психічного функціонування у цілому.

Література

1. *Бек, Джудит С.*// Дж. Бек Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. – 400 с. : ил. – Парал. тит. англ.
2. *Карсон Р., Батчер Дж., Минека С.* // Р. Карсон Анормальная психология. – 11-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.
3. *Кулаков С.А.* Методы когнитивно-поведенческой психотерапии // С. А. Кулаков Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб: Питер, 2005. – 1120 с. – (Серия «Национальная медицинская библиотека).
4. *Лечение депрессии в детском и подростковом возрасте:* индивидуальные и семейные когнитивно-поведенческие процедуры // Кевин Д. Старк, Дженни Босуэлл Сандер и др. // Психотерапия детей и подростков. 2-е изд. /Под ред. Ф. Кендалла. – СПб.: Питер, 2002. – 432 с.: ил. – (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
5. *Психотерапия детей и подростков.* 2-е изд. /Под ред. Ф. Кендалла. – СПб.: Питер, 2002. – 432 с.: ил. – (Серия «Золотой фонд психотерапии»).

Статья посвящена исследованию особенностей влияния когнитивно-поведенческой психотерапии относительно интернализирующих расстройств. Показано, что для эффективной психотерапии важно обладать глубоким эмпирическим пониманием природы аффективного расстройства у детей и подростков, возрастных особенностей развития ребенка. Проанализированы этапы когнитивно-поведенческой терапии и структура терапевтических сессий.

The article investigates the influence of the features of cognitive-behavioral psychotherapy concerning with internalizing disorders. It is shown that for effective psychotherapy is important to have a deep empirical understanding the nature of affective disorder in children and teenagers, age characteristics of the child. The stages of cognitive-behavioral therapy and the structure of therapy sessions are analyzed.