

## СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ: ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ОРГАНИЗАЦИЮ ПОМОЩИ

© М.А. Бибчук

ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

**Цель.** Интеграция существующей в литературе по системному подходу информации и собственного практического опыта психотерапевтической помощи детям с различными формами тревожно-фобических расстройств (ТФР) для повышения эффективности лечения, улучшения социальной адаптации пациентов с ТФР и поиска организационных форм медицинской помощи данной детскому населению.

**Материалы и методы.** В исследование были включены пациенты (61 ребенок 8-17 лет), проживающие дома и поступившие в ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой в 2018 г. по поводу различных психических расстройств, в структуру которых входили ТФС. В исследовании использованы анализ историй болезни и протоколы занятий с семейным психологом.

**Результаты.** На основе параметров семейного функционирования выделены три группы системных гипотез тревожно-фобических проявлений: нарушения структурного аспекта (границы, иерархия, коалиции, треугольники), коммуникативной сферы или семейной истории. Рабочие системные гипотезы иллюстрированы десятью клиническими примерами.

**Заключение.** Системные гипотезы формирования ТФР у детей позволяют выстраивать стратегии лечения и реабилитации, направленные на улучшение состояния пациента через формирование в семье условий для длительно существующей устойчивой ремиссии. Включение в план лечения и реабилитации занятий с семейным психологом/психотерапевтом позволяет сместить акценты помощи ребенку во внебольничную сеть.

**Ключевые слова:** подростки; тревожно-фобическое расстройство; семья; системная гипотеза; семейная терапия.

## SYSTEMIC APPROACH TO CHILD PSYCHIATRY: INSIGHTS IN ETIOPATHOGENESIS AND ORGANIZATION OF ASSISTANCE

M.A. Bibchuk

G.E. Sukharevskaya Research and Practical Center of Mental Well-Being of Children and Adolescents of Healthcare Department of Moscow, Moscow, Russia

**Aim.** Integration of information on systemic approach published in literature, and of the own practical experience in rendering psychotherapeutic assistance to children with different forms of phobic anxiety disorders (PAD) aimed at improvement of effectiveness of treatment, of social adaptation of patients with PAD, and at search for organization forms of medical assistance to the given category of children's population.

**Materials and Methods.** Into the study 61 children of 8-17 years old were involved living at home and admitted to G.E. Sukharevskaya Research and Practical Center of Mental Well-Being of Children and Adolescents in 2018 for different mental disorders including PAD. In the study, analysis of medical histories and protocols of classes with a family psychologist were used.



**Results.** On the basis of the parameters of family functioning three groups of phobic anxiety syndromes were isolated: disorders of the structural aspect (limits, hierarchy, coalitions, triangles), disorders of communication sphere, or of family history. The working systemic hypotheses were illustrated with ten classic examples.

**Conclusion.** Systemic hypotheses of formation of PAD in children permit to construct treatment and rehabilitation strategies directed at improvement of patient's state through creation of conditions for a prolonged stable remission in the family. Inclusion of classes with a family psychologist/psychotherapist into the plan of treatment and rehabilitation permits to shift the accent of help to a child to the outpatient environment.

**Keywords:** *adolescents; anxiety-phobic disorder; family; systemic hypothesis; family therapy.*

Импульсом к развитию системного подхода и семейной терапии/психотерапии в 40-50 гг. XX в. в США и Европе послужили теория шизофрении Г. Бейтсона и практические наблюдения психиатров за течением данного заболевания. Было обнаружено, что после удачного лечения в условиях стационара симптоматика в значительном числе случаев возобновлялась, когда пациенты возвращались домой, к семье [1]. Объяснение этому факту было дано в рамках концепции Д. Джексона о *семейном гомеостазе* – стремлении системы к восстановлению стабильности – в которой патологическому симптому отведена определенная роль [2]. Действительно, ребенок, находясь в стационаре, «живет» в иной социально-эмоциональной обстановке, делающей «ненужным» его симптом. При возвращении домой ребенок вновь попадает в знакомую *циркулярную коммуникацию*, и симптом снова становится востребован, являясь частью внутрисемейного взаимодействия, значительно затрудняя выздоровление [3].

На протяжении второй половины XX в. менялись представления о *единице терапевтического воздействия*: происходило расширение от двух человек (больной ребенок – мать) до трех (мать, отец, ребенок) и более (бабушки, дедушки, братья и сестры) человек [3-5]. Идеи системного подхода способствовали появлению в мышлении психиатров новой парадигмы, т.е. вместо понимания, что причины симптоматического поведения коренятся только в самом индивиде, приходит интерес к смене фокуса диагностики, анализа и описания случая

с одного члена семьи на способ функционирования семьи. Центральным становится предположение, что для диагностики важно не только получение анамнестических данных от члена семьи, а скорее/точнее понять симптоматику отдельного члена семьи, например, ребенка (т.е. части) можно лишь при условии понимания именно совместного функционирования всех членов семьи (т.е. целого) [6]. Проникновение системного понимания клинического случая в психиатрию способствовало появлению самостоятельного термина и отдельного направления «системная психиатрия» [7], в рамках которого врач-психиатр рассматривает симптомы психического расстройства как имеющие в семье определенную функцию и направленные на решение проблемной ситуации в окружении пациента [8]. Представления о «семейном диагнозе» (выявление в жизни семьи характерных нарушений, которые способствуют возникновению и закреплению у какого-либо члена семьи различных психологических проблем и психических расстройств) [9] облегчают врачу диагностику и помогают построить план лечения и реабилитации.

Несмотря на доказанную эффективность включения родственников в реабилитационные мероприятия у взрослых пациентов и семейной психотерапии у детей при многих психических расстройствах [10-13] организация медицинской помощи детям и отсутствие семейных психологов в большинстве психиатрических больниц и учреждений первичной медико-санитарной помощи практически исключают реализа-

цию лечебного цикла с привлечением ресурсов семьи, а семейное консультирование и семейная психотерапия на практике так и не стали стандартом оказания помощи ребенку с психическими расстройствами и нарушениями поведения [14]. Эмпирические исследования убедительно показали, что врачам удобнее общаться с родственниками пациента, если члены семьи не разбираются в вопросах медицины; врачи убеждены, что вмешательство родственников в ход лечения - фактор риска, который может спровоцировать врачебную ошибку и, следовательно, снизить качество медицинской помощи [15]. Подготовка врачей в области семейной психологии и знакомство с системным подходом дает возможность переносить акцент с медицинского вмешательства на медицину профилактическую, эффективно сотрудничать в полипрофессиональных командах и повышать качество медицинских услуг [16].

Для иллюстрации идей системного подхода в детской психиатрии в настоящей работе выбраны тревожно-фобические расстройства (ТФР) у детей. Выбор ТФР продиктован, с одной стороны, их высокой распространенностью у детей и подростков [17]. С другой стороны, многочисленные эпидемиологические и клинические исследования взрослых показали многолетнее хроническое течение ТФР с детского возраста и сравнительно высокую резистентность к терапевтическому медикаментозному воздействию [18-20]. В связи с этим, представляется важным поиск таких механизмов этиопатогенеза ТФР у детей и подростков, которые ранее были недостаточно изучены или не находили достаточного практического применения. С третьей стороны, в рамках теории привязанности, системно-ориентированной семейной и динамической психотерапии указывается на нарушение семейных взаимоотношений в качестве важного фактора возникновения и течения расстройств аффективного спектра [4,21-23].

*Цель* – интеграция существующей в литературе по системному подходу информации и собственного практического опыта

психотерапевтической помощи детям с различными формами ТФР для повышения эффективности лечения, улучшения социальной адаптации пациентов с ТФР и поиска организационных форм медицинской помощи данной детскому населению.

### **Материалы и методы**

Были обследованы пациенты 8-17 лет (61 ребенок), проживающие дома и поступившие в ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой в 2018 г. по поводу различных психических расстройств, в структуру которых входили ТФС. В исследовании использовались анализ историй болезни и протоколы занятий с семейным психологом. Все испытуемые (старше 15 лет) или законные представители испытуемых (моложе 15 лет) подписали информированное согласие на участие в научном исследовании и занятиях с семейным психологом. Исследование одобрено Локальным этическим комитетом ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (протокол №4, 12.12.2017).

*Особенности исследования.* Поскольку у всех больных в аффективной сфере были представлены тревога и страх, то лишь в рамках поставленной цели группа наблюдения рассматривалась как однородная (независимо от синдромального или нозологического оформления). Анализ анамнестических данных, клинической картины, результатов психологической диагностики и динамики психотерапевтического процесса *под углом зрения системного подхода*, позволил сформулировать гипотезы и выявить общие закономерности, характерные для детей и подростков с аффективной патологией тревожно-фобического спектра. Данное исследование является междисциплинарным, интерпретация и выводы могут казаться излишне «психологизированными» и спорными. Однако возможность предложить профессиональному сообществу иной взгляд на известную проблему (и, тем самым, способствовать развитию биопсихо-

социальной модели и гуманитарного аспекта профилактической и социальной психиатрии) представляется важной для организации специализированной помощи детям и формирования профессионального мировоззрения молодых специалистов.

**Системные гипотезы и психотерапевтические стратегии.** Для эффективной работы в системной семейной психотерапии необходимо наличие рабочей гипотезы, которая давала бы врачу или психологу представление о процессах, способствующих возникновению и закреплению расстройств у индивидуума или семьи. Системная гипотеза описывает

взаимодействие членов семьи как циркулярную последовательность, в которой все члены семьи *связаны*, и поведение каждого влияет на всех остальных. Во многих случаях наличие такой *связи* обеспечивается существованием болезни. Исследование семьи подразумевает изучение параметров ее функционирования [24]: семейной структуры (границы, иерархия, коалиции, треугольники) (1), коммуникативной сферы и других динамических характеристик (2), семейной истории (3).

### Результаты и их обсуждение

В таблицах 1-4 представлены данные пациентов, вошедших в исследование.

Таблица 1

#### Распределение пациентов по полу и возрасту (n=61)

Возраст	Мальчики	Девочки	Итого (n и %)
8-10 лет	2	-	2 (3,3%)
11-13 лет	6	6	12 (19,7%)
14-15 лет	10	13	23 (37,7%)
16-17 лет	9	15	24 (39,3%)
Итого	27	34	61

Таблица 2

#### Распределение в зависимости от состава семьи (n=61)

Тип семьи	Количество детей (n и %)
Полная семья	19 (31,1%)
Неполная семья (живет с матерью)	22 (36,0%)
Неполная семья (живет с отцом)	1 (1,6%)
Смешанная семья*	15 (24,6%)
Комбинированная семья**	4 (6,6%)
Лоскутная семья***	-

*Примечание:* \*является «перестроенной» семьей, образовавшейся вследствие брака разведенных людей. Включает неродных родителей и неродных детей, т.к. дети от предыдущего брака вливаются в новую единицу семьи; \*\*это семейная пара, состоящая в зарегистрированном или гражданском браке, где один или оба партнера имеют ребенка, для которого второй партнер не является биологическим родителем; независимо от того, является ли ребенок официально усыновленным или нет, проживающим совместно с данной семьей или нет; не зависимо от того, есть ли у второго партнера собственные родные или совместные дети; \*\*\*это семья, в которой партнеры уже были ранее в значимых отношениях и их дети от этих отношений и/или их бывшие партнеры присутствуют в жизни семьи

Таблица 3

#### Распределение больных по содержанию страхов (n=61)

Виды страхов	Количество детей (абс. и %)
Страх за жизнь или здоровье	20 (32,7%)
Страх за жизнь или здоровье родителей	9 (14,7%)
Страх школы	14 (22,9%)
Страх выхода из дома	8 (13,1%)
Страх темноты	4 (6,6%)
Полиморфные недифференцированные страхи	6 (9,8%)

Таблица 4

**Распределение больных в зависимости от диагноза (n=61)**

Диагноз по МКБ-10	Количество детей (абс. и %)
Шизофрения, шизотипическое и шизоаффективное расстройства (F20, 21, 25)	7 (11,5%)
Расстройства настроения (F31, 32, 33)	15 (24,6%)
Фобические и другие тревожные расстройства (F40, 41)	19 (31,2%)
Реакция на стресс и нарушения адаптации (F43)	14 (22,9%)
Умственная отсталость легкой степени (F70)	2 (3,3%)
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F93, 98)	4 (6,6%)

**Основные системные гипотезы, лежащие в основе ТФР у детей.** Анализ литературы и собственное исследование позволили условно разделить гипотезы на 3 группы в соответствии с параметрами семейного функционирования.

**I) Гипотезы, связанные с нарушением семейной структуры:**

**1.1. Возникновение расстройства может быть связано с особенностями семейных границ: внешних** (между членами семьи и окружающим миром) **(А) и внутренних** (между родителями/ супружеской парой и детьми) **(Б):**

**А)** Страх и тревога были вызваны недостаточной информацией ребенка об окружающем мире и/или несоответствием между знаниями об окружающем мире, социальными навыками, пониманием своих возможностей и возрастом ребенка. В части наблюдений страх ребенка перед большим числом контактов с внешним миром был схож с соответствующим страхом родителей перед активным социальным взаимодействием. Тем самым симптом ребенка служил символической защитой семьи от излишнего напряжения, поддерживая поведение избегания у всех членов семьи. Помогая ребенку справиться с его страхами, родители объединялись и помогали всей семье в целом. В семьях с дисфункциональными внешними границами (во всех наблюдениях – «жесткими») существовала трудность попросить о помощи, и, следовательно, родители поздно впервые обращались к специалисту (психиатру, психологу), хотя дети жаловались на страхи в течение 2-3-х лет.

**Б)** В большинстве случаев «жесткие» внешние границы семьи сочетались с «размытыми» внутренними границами. Самую большую тревогу в семьях с «размытыми» внутренними границами вызывала разлука. В наших наблюдениях страхи ребенка «привязывали» к себе родителей и, тем самым, не только ребенок, но и вся семейная система имела «вторичную выгоду» от наличия симптома, избегая разлуки и снижая общий уровень тревоги в семье.

**Клинический пример 1.** Алексей А., 12 лет. Жалобы на полиморфные страхи (посещения школы, грозы, выхода на улицу, толпы людей, общения). В беседе родители сообщили, что ведут крайне замкнутый образ жизни (практически не посещают общественных мест отдыха, не имеют друзей, мало бывают у родственников и сами редко приглашают гостей). Собственное отношение родителей к происходящему за пределами семьи и во внешнем мире описывалось отцом так: «Ну, ведь мы действительно не знаем, что будет. Может, я сейчас выйду из дома, а мне кирпич на голову упадет?» Мать требовала от ребенка ходить с ней по улице, держась за руку; отец ждал от сына большей самостоятельности, при этом не разрешал одному выходить из дома (например, выносить мусор), т.к. «это опасно». Для уменьшения проявлений страхов родители и ребенок были повсюду вместе: мать помогала сыну принимать ванну, подросток спал в супружеской постели.

**1.2. ТФР свидетельствует о нарушении иерархии в семье.** Данный вариант

ТФР проявлялся в виде страхов и тревоги не за себя, а за других членов семьи, в частности, за родителей. Косвенно это может свидетельствовать о наличии в семье так называемой «перевернутой иерархии», что метафорически выражается в «защите» ребенком своих родителей от воображаемых или реальных сложностей. Для перевернутой иерархии характерен стиль взаимоотношений в семье, при котором властью обладают не родители, а ребенок. Механизм формирования перевернутой иерархии может быть связан с явлением парентификации (ребенок становится как бы «родителем для родителя»).

**Клинический пример 2.** *Лена С., 13 лет, поступила с жалобами на страх загрязнения. Девочка часами ежедневно занималась уборкой квартиры. Чтобы уменьшить вероятность появления грязи в квартире, девочка требовала от членов семьи выполнения правил, например, родители должны выходить из дома в маске на лице; возвращаясь, оставлять уличную обувь вне квартиры и двукратно мыть руки после прихода домой. Родители беспрекословно выполняли требования, однако симптоматика подростка продолжала нарастать.*

**1.3. Фобия или другое ТФР, развившееся у ребенка, является отражением дисфункциональных коалиций.** В случаях, в которых эта гипотеза была центральной, симптоматика ребенка копировала схожие проявления у другого члена семьи. Симптом позволял ребенку явно или скрыто «объединяться», например, с одним из родителей. С помощью симптома ребенок и один из родителей «законным» способом формировали особую связь, близкие варианты избегания и одинаковый стиль жизни. Тем самым другой родитель отодвигался на периферию семейной системы или формировал коалицию с другим (часто здоровым) ребенком.

**Клинический пример 3.** *Вика И., 11 лет. Семья предъявляет жалобы на страхи девочки перед выходом из дома, что привело к полному отказу от посещения школы. В процессе сбора информации о семье была отмечено, что помимо девочки, очень ред-*

*ко квартиру оставляет ее отец. Он сообщил, что крайне неохотно выходит на улицу и уже больше года не покидал пределы жилья. Надомная работа посредством интернета помогает вносить вклад в финансовое обеспечение семьи. Считает себя здоровым. Жалобы девочки отец отрицает. Рад, что в последние месяцы с дочерью налажился контакт и удалось сблизиться, установить более дружеские отношения, чем у пациентки были с матерью.*

Немаловажным диагностическим критерием для выявления дисфункциональных коалиций являлась борьба за «власть» между родителями/супругами. Ребенок, который занимает в семейной системе иерархически более низкое положение, чем любой из родителей, вынужден участвовать в этом взаимодействии, бессознательно «предпринимать» любые действия, чтобы семейное статус-кво оставалось без изменений (что вообще характерно для семей, в которых дети болеют). Действия ребенка направлены на психологическую поддержку того из родителей, кто на данном этапе жизни семьи и борьбы за власть в ней находится в слабом положении, что позволяет выравнять баланс сил и избегать резких изменений в семейной системе.

**Клинический пример 4.** *Денис П., 15 лет. Мальчик предъявляет жалобы на страх хулиганов на улице, в связи с чем практически не гуляет, находится дома все свободное время, но продолжает посещать школу. Из анамнеза известно, что отец ребенка - очень смелый, мужественный, но жесткий человек, работает в военизированном отряде охраны. Со слов матери, «не знает, что такое страх, терпеть не может трусов». Мать пациента - мягкая и неуверенная в себе. Во взаимоотношениях с мужем - серьезные проблемы при попытках отстоять своё мнение в важных семейных вопросах.*

В клиническом примере №4 наличие больного ребенка частично сближает мать с сыном и усиливает позицию матери в семье, ведь сам факт возникновения страхов у ребенка такого смелого человека, как

отец, косвенно указывает на его неумение показать пример или на слабость его родительской, а, возможно, и прочих позиций или функций в семье. Этот же факт дает возможность женщине предъявлять соответствующие претензии мужу.

**1.4. ТФР ребенка создает «патологический треугольник» (по М. Боуэну).** Тревога и страх снижают возможности ребенка общаться с внешним миром вне семьи или без семьи, подтверждая необходимость постоянного присутствия рядом с ним родителей (которые должны оказывать необходимую помощь не умеющему адаптироваться ребенку). В конечном итоге, родители, имеющие супружеский конфликт и напряжение, объединяются, занимаясь адаптацией или лечением ребенка. «Втягивание» ребенка в супружеские отношения является «условно-спасительным» для этих отношений, и, следовательно, родителям «условно-выгодно» удерживать пациента (ребенка) возле себя, что подразумевает формирующееся хроническое течение или частое рецидивирование болезни.

**Клинический пример 5.** Юля К., 14 лет, поступила с жалобами на приступы удушья, сильное сердцебиение, страх смерти, которые возникают внезапно на фоне полного здоровья с частотой несколько раз в неделю. Родители сообщили, что до болезни семья на протяжении 2-х лет находилась в «предразводном» состоянии: отмечались постоянные ссоры и конфликты, угрозы развода с обеих сторон, обстановка в доме была очень напряженной. Возникновение и формирование болезни у девочки заострило особенности взаимоотношений между супругами – отсутствие правил о процедуре достижения договоренностей. Лечение дочери внесло изменения в жизнь супругов. Родители теперь были вынуждены научиться договариваться о графике ее сопровождения: кто, как часто и в какое время может проводить дочь в школу, забрать ее домой, отвести на тренировку. Болезнь потребовала от родителей скоординированных действий по восстановлению здоровья ре-

бенка (поиск врачей, выбор обследований, решение о госпитализации и психотерапии). Кроме того, проявления заболевания имели характерные особенности: во время панической атаки состояние девочки значительно облегчалось, и длительность приступа снижалась, если рядом находились оба родителя и совместно её подбадривали.

Важно отметить, что задачи, которые стоят перед семьей, воспитывающей подростка, – обеспечение его сепарации. Триангуляция ребенка в супружеские отношения делает невозможным (или задерживает) переход семьи на следующую стадию жизненного цикла.

**Клинический пример 6.** Зина О., 15 лет. Из анамнеза известно, что с нового учебного года девочка учится в кадетском училище и домой приезжает только на выходные. В воскресенье, возвращаясь в училище, у нее возникло «состояние», которое характеризовалось сердцебиением, чувством нехватки воздуха и страхом потери контроля над собой. В последующем эти «состояния» стали многократно повторяться как по дороге в училище (что стало требовать обязательного присутствия родителей), так и на занятиях в училище. Состояния не наблюдались дома во время выходных. Ухудшение состояния привело к тому, что девочка перестала посещать училище и 2 месяца до госпитализации находилась дома. На консультации родители постоянно обсуждали тему о неготовности девочки «обойтись без родителей» и невозможности учиться с отрывом от дома. В ходе психотерапии стал ясен существующий в семье параллельный процесс: неготовность родителей «обойтись без своей девочки».

**II) Гипотезы, связанные с коммуникативной сферой и другими динамическими характеристиками семейной системы:**

**2.1. ТФР – результат дисфункциональных коммуникаций в семье.** В семьях этого типа наблюдался запрет на выражение чувств (в т.ч. тревоги) в сочетании с низким уровнем поддержки или установ-

кой на сверхдостижения. Родители предъявляли завышенные требования к себе, детям и окружающим, опасались несоответствия ожиданиям социума, фиксировались на неудачах и демонстрировали поляризованное мышление по принципу «все или ничего». Кроме того, обнаруживалась склонность видеть других людей злорадными, равнодушными или завистливыми. Многие дети сообщили, что им не хватает доверительных отношений с другими людьми и чувства принадлежности к какой-либо референтной группе. Большинство детей этой группы отмечали высокий уровень родительской критики и недоверия к людям. Среди других часто встречающихся вариантов дисфункциональной коммуникации наблюдались случаи «пропуска логических связей» и «двойные послания».

**Клинический пример 7.** *Кирилл 3., 14 лет. Мама, воспитывающая подростка одна, многократно утверждала на психотерапевтическом приеме в присутствии ребенка, что «ждет не дожидается, когда мальчик вырастет», а на уровне действий запрещала ему пользоваться газовой плитой и кухонными ножами. Тем самым, она давала сыну противоречивое послание, с одной стороны, стимулируя его взросление, а, с другой, блокируя освоение практических жизненных навыков, свойственных детям более раннего возраста, чем ее сын. В результате мальчик отмечал выраженное беспокойство и страхи, т.к. любые его действия противоречили бы «посланиям» матери.*

**2.2. ТФР ребенка связано с изменением ролей в семье.** Все члены семьи имеют в поведенческом арсенале определенное количество ролей, но если диапазон ролей узок и не меняется с течением времени, то члены семьи могут «застревать» в наиболее привычных для себя ролях. Это может ухудшать адаптацию и повышать уровень тревоги по мере возникновения новых жизненных ситуаций, когда требуется изменение привычных стереотипов. Так, в 6 наблюдениях за ребенком закреплялась роль «больного» (или

«инвалида»), с него были сняты все домашние дела, а обязанности перекладывались на других членов семьи. Выздоровление ребенка встречало сопротивление, поскольку модель поведения фиксировалась не только у старших членов семьи, выполняющих эти обязанности, но и у самого ребенка. У ребенка формировалась «вторичная польза» от болезни, и ему было не «выгодно» выздоровление. В случае прекращения симптоматики у него вновь появлялись бы обязанности, что означало бы их перераспределение. Именно это перераспределение, в ряде случаев, запускало новую волну тревоги, т.к. привычные роли, устоявшиеся у всех членов семьи за время болезни, должны были быть вновь разрушены. Таким образом, усилия врача-психиатра (само по себе лечение у врача закрепляет за ребенком роль «больного») запускают новую волну опасений у семьи, и формируется «порочный круг» в патогенезе заболевания. Кроме того, возникновение ТФР наблюдалось в случаях, когда дети выполняли несвойственные им функциональные роли.

**Клинический пример 8.** *Егор У., 15 лет. Жалобы на беспокойство и тревогу, возникающие без видимой причины. Воспитывающийся в неполной семье мальчик, со слов мамы, для нее был «всем». Она ожидала от него эмоциональной поддержки, пыталась обсуждать с ним проблемы со здоровьем и трудности на работе, делегировала ему организацию общего досуга и ведение семейного бюджета. Со слов подростка он чувствовал, что «в семье отвечает за всё». Госпитализацию ребенка в этом случае можно рассматривать в качестве метафоры сепарации и, одновременно, - «механического» способа возвращения в роль ребенка, восстановления детско-родительских отношений в противовес роли «функционального мужа», которой подросток был наделен матерью до поступления в стационар.*

В дополнение к описанному случаю следует особо отметить, что в ряде западных стран при ТФР у детей до 12 (!) лет, независимо от степени выраженности симптома-



тики, все лечебные вмешательства осуществляются без непосредственного участия ребенка, а только через родителей – во избежание эффекта этикетирования (от слова «этикетка», фиксации на проблеме) [25].

### III) Гипотезы, связанные с историей семьи:

**3.1. Причиной развития ТФР могут быть особенности семейной жизни и истории, при которых ребенок ощущает недостаток психических, физических, духовных и прочих сил для своей здоровой жизни.** В описываемых семьях наблюдался дефицит «сильных» мужских фигур (неполные семьи в результате развода или смерти отца, случаи лишения отца родительских прав, алкоголизирующийся отец, без вести пропавшие отцы или деды). У многих детей фабула страха включала события прошлого семьи, страхи сопровождались чувством незащитности, беспомощности и переживанием отсутствия опоры. Для больных была характерна надежда на «сильные фигуры», преимущественно мужского пола, (дед, врач, психолог, тренер, Бог) и вера в то, что эти значимые фигуры позаботятся, защитят, помогут справиться с проблемами.

**Клинический пример 9.** Иван С., 15 лет. Жалобы на полиморфные страхи различного содержания (плохих компаний, наркотиков, СПИДа, насилия). Мальчик неоднократно высказывал желание «побольше пообщаться» с врачом (мужчиной), радовался, что ему достался «психолог – тоже мужчина!». Из анамнеза известно, что пациент вырос в неполной семье (отец был убит во время беременности матери), которая в настоящий момент воспитывает его самостоятельно вместе со своей матерью.

**3.2. Тревога и страх являются проявлением скрытой лояльности «исключенным» членам семейной системы.** Под «исключенными» членами семьи в системной семейной психологии понимаются родственники как живущие, так и уже умершие, отношение к которым со стороны семьи – особое. Чаще всего об этих

членах семьи не говорят, а иногда и не помнят. На месте «исключенных» родственников могут быть умершие в младенчестве, в родах или до родов дети, биологические родители усыновленных детей, покончившие жизнь самоубийством или пропавшие без вести, психически больные или совершившие преступление. Несмотря на то, что человек был забыт, или от него отреклись, данный член семьи все равно остается в семейной системе. Факт отвержения («исключения») может оказывать деструктивное влияние на членов семьи, иногда вне зависимости от того, живы ли «исключенные» и знают ли об этой истории живущие. Наличие семейной тайны (как умышленно сконструированной, так и неосознаваемой), являясь источником тревоги, оказывает негативное влияние особенно на тех членов семьи, которые об этом ничего не знают, в частности, на детей.

**Клинический пример 10.** Катя М., 15 лет, поступила с жалобами на навязчивый счет предметов. Симптоматика возникла 3 года назад, постепенно нарастала, усилилась настолько, что стало невозможно сосредоточиться на чем-либо помимо счета. При исследовании семейной истории выяснилось, что в семье подобное расстройство уже наблюдалось – у деда по материнской линии, который тоже страдал навязчивостями. Во время Великой Отечественной войны дед стал полицаем, в результате чего семья от него отреклась и в последующем старалась не вспоминать. «Находка»-совпадение и гипотеза психотерапевта привели родителей в недоумение. Однако после использования техники «реконструкция семейной истории», включающей в себя исследование жизни деда и рассказы родственников о нем, поиск его фотографий и могилы, проявления симптоматики у девочки значительно уменьшились. В конечном счете, наличие симптоматики позволило членам семьи вновь актуализировать переживания, связанные с правом на принадлежность семейной системе и на память.

### Заключение

**Общие рекомендации по организации психотерапевтической помощи детям с тревожно-фобическими расстройствами:**

1. Вовлечение семьи в лечебный процесс. Расстройства тревожно-фобического спектра у детей и подростков могут быть напрямую связаны с проблемами функционирования семьи. Конфликт в семье может отражаться в детской проблематике. Такие дети, после прохождения курса медикаментозного лечения в больнице и выписанные в удовлетворительном состоянии, через короткий промежуток времени вновь попадают в поле зрения психиатра с имеющимися ранее проблемами. Таким образом, симптоматика ребенка поддерживается и/или усиливается в результате семейной дисфункции. «Порочный круг» может быть преодолен включением семьи в комплексную программу лечения и реабилитации.

2. Основная рабочая системная гипотеза определяет длительность психотерапии, состав участников, центральную тему (мишень) и набор техник.

Системная гипотеза определяет выбор психотерапевтом тактики и стратегии семейного консультирования. Перечисленные выше техники применяются в зависимости от рабочей гипотезы (нарушения структурного аспекта, коммуникативной сферы или семейной истории) и с учетом этапа терапии (начало, средняя фаза, завершение, работа с детско-родительскими или супружескими отношениями). В случае возникновения у врача нескольких рабочих гипотез - каждая требует проверки в процессе взаимодействия с семьей:

1. В большинстве случаев требуется этап супружеской терапии. Супружеская пара является системообразующим стерж-

нем. Дисфункция в паре обычно отражается на поведении и здоровье детей. Кроме того, многие системные гипотезы отражают проблематику между супругами и/или родителями. Включение родителей в помощь своему ребенку способствует не только формированию ответственного родительства, но и реально играет важную роль в процессе дальнейшей реабилитации ребенка.

2. Ориентация на ресурс.

Психотерапевту, на наш взгляд, необходимо постоянно строить свое взаимодействие с самим больным и его семьей таким образом, чтобы находить и подчеркивать те индивидуальные и семейные ресурсы, которые могут оказывать положительное влияние на длительность ремиссии и процесс выздоровления. Важно прояснять у пациента, кто из членов семьи и людей вне семьи может оказывать поддержку; какие личностные качества самого пациента и окружающих позволяют эффективнее справиться с болезнью. Использование в работе обратной связи от психолога/психотерапевта также может оказывать положительное воздействие на пациента.

В интегративной модели системной семейной психотерапии особое внимание уделяется факторам социального окружения, оказывающим на больных наибольшее влияние, а именно – семьям пациентов. Системные гипотезы формирования тревожно-фобических расстройств у детей позволяют выстраивать стратегии лечения и реабилитации, направленные на улучшение состояния пациента через формирование в семье условий для длительно существующей устойчивой ремиссии. Включение в план лечения и реабилитации занятий с семейным психологом/психотерапевтом позволяет сместить акценты помощи ребенку во внебольничную сеть.

### Литература

1. Бейтсон Г. Экология разума. Избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии. М.: Смысл; 2000.
2. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Кон-

цепция и методы. М.: ЭКСМО; 2004.

3. Палаццоли М.С., Босколо Л., Чеккин Дж., и др. Парадокс и контрпарадокс. Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. М.: Когито-центр; 2010.

4. Боуэн М. Теория семейных систем. М.: Когито; 2006.
5. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной психотерапии. М.: Класс; 2002.
6. фон Берталанфи Л. История и статус общей теории систем // Системные исследования. Ежегодник. 1973. С. 20-36.
7. Ruf G.D. Systemische Psychiatrie. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; 2012.
8. Берн Э.Л. Трансактный анализ в психотерапии: Системная индивидуальная и социальная психиатрия. М.: Академический проект; 2015.
9. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. 2-е изд., испр. и доп. СПб.; 2006.
10. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, №3. С. 5-9.
11. Оценка качества психиатрической помощи: технология социологического опроса пациентов, членов их семей, работников психиатрических учреждений. М.: МАКС Пресс; 2014.
12. Петров Д.С. Роль семьи в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клинико-психиатрическое исследование). Дис. д-ра мед. наук. М.; 2012. Доступно по <http://www.dissercat.com/content/rol-semi-v-lechenii-i-reabilitatsii-lits-s-psikhicheskimi-rasstroistvami-kompleksnoe-mediko-#ixzz3u7AizlpV>. Ссылка активна на 15 апреля 2019.
13. Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь. СПб.; 2014.
14. Дмитриева Т.Б., ред. Руководство по социальной психиатрии. М.: Медицина; 2001.
15. Волобуев Е.В. Отношения врачей и родственников пациентов в системе качества медицинской помощи. Дис. канд. мед. наук. Волгоград; 2011. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/otnosheniya-vrachei-i-rodstvennikov-patsientov-v-sisteme-kachestva-meditsinskoj-pomoshchi>. Ссылка активна на 01 декабря 2019.
16. Русина Н.А. Клинический психолог в системе здравоохранения: проблемы, реалии, перспективы // Медицинская психология в России. 2012. №1. Доступно по: <http://medpsy.ru>. Ссылка активна на 15 апреля 2019.
17. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. СПб.: Речь; 2010.
18. Иванов С.В., Андреев А.М. Хронические тревожно-фобические расстройства с явлениями стойкой агорафобии (клинико-катамнестическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. №9. С. 16-22.
19. Павличенко А.В. Приступообразные полиморфные обсессивно-фобические состояния при расстройствах шизофренического спектра // Психиатрия. 2005. №6. С. 30-36.
20. Стаценко О.А. Симптомокомплекс агорафобии с паническим расстройством (клиника, динамика, терапия и реабилитация). Дис. канд. мед. наук. Томск; 2011. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/simptomokompleks-agorafobii-s-panicheskim-rasstroistvom-klinika-dinamika-terapiya-i-reabilit>. Ссылка активна на 01 декабря 2019.
21. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардирики; 2003.
22. Соколова Т.Е. Психотерапия: теория и практика. 2 изд., перераб. и доп. М.: Академия; 2006.
23. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Дис. д-ра псих. наук. М.; 2006. Доступно по: [www.dissercat.com/content/teoreticheskie-i-empiricheskie-osnovaniya-integrativnoi-psikhoterapii-rasstroistva-affektivn](http://www.dissercat.com/content/teoreticheskie-i-empiricheskie-osnovaniya-integrativnoi-psikhoterapii-rasstroistva-affektivn). Ссылка активна на 01 декабря 2019.
24. Черников А.В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. М.: Класс; 2001.
25. Нардонэ Дж. Страх, паника, фобия. Краткосрочная терапия. М.; 2008.

#### References

1. Beytson G. *Ekologiya razuma. Izbrannyye stat'i po antropologii, psikhologii i epistemologii*. Moscow: Smysl; 2000. (In Russ).
2. Nikols M, Shvarts R. *Semeynaya terapiya. Kontseptsiya i metody*. Moscow: EKSMO; 2004. (In Russ).
3. Palatstoli MS, Boskolo L, Chekin Dzh, et al. *Paradoks i kontrparadoks. Novaya model' terapii sem'i, vovlechennoy v shizofrenicheskoye vzaimodeystviye*. Moscow: Kogito-tsentr; 2010. (In Russ).
4. Bouen M. *Teoriya semeynykh sistem*. Moscow: Kogito; 2006. (In Russ).
5. Minukhin S, Fishman Ch. *Tekhniki semeynoy psikhoterapii*. Moscow: Klass; 2002. (In Russ).
6. fon Bertalanfi L. Istoriya i status obshchey teorii sistem. *Sistemnyye issledovaniya. Ezhegodnik*. 1973. P. 20-36. (In Russ).
7. Ruf GD. *Systemische Psychiatrie*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; 2012.
8. Bern EL. *Transaktnyy analiz v psikhoterapii: Sistemnaya individual'naya i sotsial'naya psikhometriya*. Moscow: Akademicheskiiy proyekt; 2015. (In Russ).
9. Eydemiller EG, Dobryakov IV, Nikol'skaya IM. *Semeynyy diagnost i semeynaya psikhoterapiya*. 2<sup>nd</sup> ed. Saint-Petersburg; 2006. (In Russ).
10. Koren EV. Development of a conceptual model of psychosocial rehabilitation for mentally disordered children and adolescents. *Sotsial'naya i Klinicheskaya Psikhometriya*. 2011;21(3):5-9. (In Russ).
11. *Otsenka kachestva psikhiatricheskoy pomoshchi:*

- tekhnologiya sotsiologicheskogo oprosa patsiyentov, chlenov ikh semey, rabotnikov psikhiatricheskikh uchrezhdeniy. Moscow: MAKS Press; 2014. (In Russ).
12. Petrov DS. *Rol' sem'i v lechenii i reabilitatsii lits s psikhicheskimi rasstroystvami (kompleksnoye mediko-sotsial'noye i kliniko-psikhiatricheskoye issledovaniye)* [dissertation]. Moscow; 2012. Available at: <http://www.dissercat.com/content/rol-semi-v-lechenii-i-reabilitatsii-lits-s-psikhicheskimi-rasstroystvami-kompleksnoe-mediko-#ixzz3u7AizlpV>. Accessed: 2019 April 15. (In Russ).
  13. *Psikhokorreksionnyye i psikhoterapevticheskiye meropriyatiya v uchrezhdeniyakh, okazyvayushchikh psikhiatricheskuyu pomoshch'*. Saint-Petersburg; 2014. (In Russ).
  14. Dmitriyeva TB, editor. *Rukovodstvo po sotsial'noi psikhii*. Moscow: Meditsina; 2001. (In Russ).
  15. Volobuyev EV. *Otnosheniya vrachey i rodstvennikov patsiyentov v sisteme kachestva meditsinskoy pomoshchi* [dissertation]. Volgograd; 2011. Available at: <https://www.dissercat.com/content/otnosheniya-vrachei-i-rodstvennikov-patsiyentov-v-sisteme-kachestva-meditsinskoi-pomoshchi>. Accessed: 2019 December 01. (In Russ).
  16. Rusina NA. *Klinicheskiy psikholog v sisteme zdavookhraneniya: problemy, realii, perspektivy. Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2012;(1). Available at: <http://medpsy.ru>. Accessed: 2019 April 15. (In Russ).
  17. Zakharov AI. *Dnevnyye i nochnyye strakhi u detey*. Saint-Petersburg: Rech'; 2010. (In Russ).
  18. Ivanov SV, Andreyev AM. *Khronicheskiye trevozhno-fobicheskiye rasstroystva s yavleniyami stoykoy agorafobii (kliniko-katamnestichekoye issledovaniye)*. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 1999;(9):16-22. (In Russ).
  19. Pavlichenko AV. *Pristupoobraznyye poli-morfnyye obsessivno-fobicheskiye sostoyaniya pri rasstroystvakh shizofrenicheskogo spektra*. *Psikhiiatriya*. 2005;(6):30-36. (In Russ).
  20. Statsenko OA. *Simptomokompleks agorafobii s panicheskimi rasstroystvom (klinika, dinamika, terapiya i reabilitatsiya)* [dissertation]. Tomsk; 2011. Available at: <https://www.dissercat.com/content/simptomokompleks-agorafobii-s-panicheskimi-rasstroystvom-klinika-dinamika-terapiya-i-reabilit>. Accessed 2019 December 01. (In Russ).
  21. Boulbi Dzh. *Privyazannost'*. Moscow: Garidiriki; 2003. (In Russ).
  22. Sokolova TE. *Psikhoterapiya: teoriya i praktika*. 2 ed. Moscow: Akademiya; 2006. (In Russ).
  23. Kholmogorova AB. *Teoreticheskiye i empiricheskiye osnovaniya integrativnoy psikhoterapii rasstroystv affektivnogo spektra* [dissertation]. Moscow; 2006. Available at: [www.dissercat.com/content/teoreticheskiye-i-empiricheskiye-osnovaniya-integrativnoi-psikhoterapii-rasstroystva-affektivn](http://www.dissercat.com/content/teoreticheskiye-i-empiricheskiye-osnovaniya-integrativnoi-psikhoterapii-rasstroystva-affektivn). Accessed: 2019 Dec 01. (In Russ).
  24. Chernikov AV. *Sistemnaya semeynaya terapiya: Integrativnaya model' diagnostiki*. Moscow: Klass; 2001. (In Russ).
  25. Nardone Dzh. *Strakh, panika, fobiya. Kratkosrochnaya terapiya*. Moscow; 2008. (In Russ).

#### Дополнительная информация [Additional Info]

**Источник финансирования.** Субсидия Департамента здравоохранения г. Москвы на выполнение государственного задания. [Financing of study. Subsidy of the Department of Health of Moscow for the implementation of the state task.]

**Конфликт интересов.** Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи. [Conflict of interests. The author declares no actual and potential conflict of interests which should be stated in connection with publication of the article.]

#### Информация об авторе [Author Info]

\*Бebчук Марина Александровна – к.м.н., доц., директор, ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия. [Marina A. Bechuk – MD, PhD, Associate Professor, Director, G.E. Sukharevskaya Research and Practical Center of Mental Well-Being of Children and Adolescents of Healthcare Department of Moscow, Moscow, Russia.]  
SPIN: 8636-1559, ORCID ID: 0000-0001-7976-0800, Researcher ID: N-5335-2015. E-mail: bebschuk@gmail.com

**Цитировать:** Бebчук М.А. Системный подход в детской психиатрии: взгляд на этиопатогенез и организацию помощи // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2019. Т. 27, №4. С. 475-486. doi:10.23888/PAVLOVJ2019274475-486

**To cite this article:** Bechuk MA. Systemic approach to child psychiatry: insights in etiopathogenesis and organization of assistance. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2019;27(4):475-86. doi:10.23888/PAVLOVJ2019274475-486

Поступила/Received: 20.06.2019  
Принята в печать/Accepted: 16.12.2019