

# ДЕКІЛЬКА ТЕЗ ПРО ТЕРАПІЮ ДІТЕЙ, які мають батьків із психічними розладами

Ю.Ю. Вревська,  
Український науково-дослідний інститут  
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Стаття І.А. Марценковського та К.В. Дубовика «Питання охорони психічного здоров'я дітей, які мають батьків із психічними розладами», що була публікована в журналі «*НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*» (№ 4(88), С. 14–15, 2017), порушує нагальну проблему недостатньої уваги спеціалістів, які працюють у сфері охорони психічного здоров'я, до дітей, народжених від батьків із шизофренією, біполярним афективним розладом або рекурентною депресією. Автори роблять важливий висновок про те, що такі діти як через дію спадкових чинників, так і внаслідок травматизації в родині, є більш уразливі, аніж без згаданих обтяжуючих факторів. Така концептуалізація, на мій погляд, без сумніву, мотивує створення спеціальних програм у сфері профілактики та промоції психічного здоров'я, але дещо звучує окреслену проблему.

Останнім часом я відмовляю клієнтам у психотерапії дітей без проведення попередньої діагностики всієї родини та без роботи з батьками. Адже загальновідомою істиною є те, що дитина живе не у вакуумі, а сім'я – це цілісний організм. І якщо немає розуміння того, як така родина впливає на дитину, немає сенсу займатися її терапією.

Пропоную розглянути декілька випадків із власної практики, що допоможуть усвідомити проблеми таких сімей.

Хлопчик дев'яти років проявляв агресію в школі, систематично бив однолітків. Дитина вважалася академічно неуспішною, бо мала погані оцінки. Зрештою, адміністрація школи поставила питання щодо його виключення.

Між тим під час вивчення умов виховання у цій родині дізналися про те, що батько регулярно піднімає руку на сина. Після розмови з татом з'ясувалося, що він страждає на скроневу епілепсію та потерпає від дисфорії (гіпотимного стану в поєднанні зі злістю, тривогою та страхом). Напади дисфорії у нього як виникали, так і закінчувалися раптово, без значущих причин.

Поza сумнівом, що така дитина не могла сформувати чітке уявлення про те, що «битися не можна», оскільки

його рідний і улюблений тато регулярно чинив саме так. Зростаючи, хлопчик перебував у постійному трижовному очікуванні. Стани гніву та дратівливості у його батька виникали абсолютно спонтанно, і така непередбачуваність татового настрою лише підсилювала тривогу дитини.

За таких життєвих обставин хлопчик не може адекватно оцінити власні дії (правильні вони чи ні), оскільки покарання (побиття) аж ніяк не корелює з його поведінкою. Дитина не в змозі зрозуміти, чому його постійно карають учителі, що теж тільки підвищує його стан тривоги. До того ж мати в цій родині не може протистояти агресії чоловіка, а тому не є опорою для сина. Природно, що така дитина впадає в стан фрустрації, вона буде погано вчитися, а в подальшому і битися в школі.

Таке явище триватиме доти, поки батько хлопчика не почне лікування, а його емоційний стан не буде стабілізовано (зазвичай шляхом корекції медикаментозних протиепілептичних засобів), натомість терапія дитини буде винятково симптоматичною. Зрозуміло, що це краще, ніж нічого, але і це далеко від бажаного результату (зниження рівня агресії, тривоги, успішної соціалізації, появи мотивації до навчання). А запит батьків: аби дитина «перестала битися і почала краще вчитися» – за такої ситуації нездійсненний.

Інший приклад. Дівчинка-підліток 14 років з адиктивною поведінкою, суїцидальними думками, депресією, тривалими періодами посилення дратівливості, гніву. Дитина проявляє агресію до членів власної родини, не відвідує школу, кілька разів на короткий час тікала з дому.

Після проведеної діагностики та психологічного обстеження у неї виявлено ознаки біполярного афективного розладу. Наразі психотерапевтична робота триває, спостерігається позитивна динаміка: припиняється агресія та адиктивна поведінка, з'являється мотивація до навчання, критичне осмислення свого захворювання; формуються навички саморегуляції. Однак при цьому постійно спостерігаються раптово загострення.

Під час терапевтичного періоду мати отримала детальні рекомендації про те, як підтримувати дівчинку в родині, була поінформована щодо особливостей спілкування

з нею, з метою покращення психологічного стану дитини. Згодом стає очевидним, що мама не в змозі дотримуватися цих настанов та виконувати їх через власні постійні стани емоційної дисрегуляції. При обстеженні у матері було діагностовано хронічний афективний розлад (циклотимію).

Варто додати декілька слів про те, чому жінка виявилася неспроможною підтримати власну дитину. Наприклад, матері було надано рекомендації: «не зазіхати на кімнату дівчинки, не порушувати межі її особистої території», а також «не применшувати (не знецінювати) її успіхи», «не порівнювати їх ані зі своєю ідеальною картинкою бажаного, ані з її попереднім станом». Коли у неї спостерігався рівний настрій, то вона вправно виконувала зазначені вимоги, а коли впадала в стан гнівливості манії, то забувала про всі домовленості та застереження. При цьому мама легко дратується, підвищує голос, кидає речі, звинувачує доньку або повністю знецінює всі її досягнення, що були здобуті важкою працею під час особистої терапії. Коли мати перебуває в стані субдепресії, вона байдужа до того, чим зайнята дитина, не слідкує за дотриманням режиму дня. Дівчина характеризує її у періоди таких станів як емоційно холодною та відстороненою. Дитина відчуває втрату контакту, її поведінка стає менш конструктивною в спробі привернути увагу. До того ж у неї посилюється відчуття невпевненості, з'являються ознаки агресії. Таким чином, мати мимоволі стає тригером, що запускає загострення психічного розладу у власної дитини.

Ще один яскравий приклад із власної практики щодо проблем підлітка у віці 12 років із психотичними симптомами. Дитина мала високий рівень тривоги, зверхцінні побоювання, що чогось не знає, дуже боялася відповідей біля дошки, ситуацій з оцінювання її знань. На тлі надмірного навантаження в школі (робила уроки до першої години ночі, прокидалася о п'ятій ранку з метою доробити те, що не встигла закінчити вночі) посилилася тривога, з'явилися розлади відчуття (транзиторні зорові та слухові галюцинації).

У процесі роботи з батьками з'ясувалося, що мама — хороша опора для доньки, але вона не здатна впливати на поведінку батька, який є надмірно вимогливою людиною. Під час психіатричного обстеження у нього виявлені порушення мислення, його зверхцінна ідея — «людина має знати абсолютно все, уміти дати

відповідь на будь-яке запитання, інакше вона нічого не варта як особистість». Тато багато читає, вивчає і пам'ятає, тим часом того ж самого очікує і від власної доньки. За такої ситуації у дитини складається несвідоме відчуття, що якщо вона не знає чогось, то «вона нічого не варта як людина», тобто її просто немає.

Психіка дівчинки сприймає ситуацію «незнання» на кшталт смерті. Природно, що вивчити все неможливо, тоді залишається суїцид або психоз. Варто зазначити, що не в кожній дитині було б саме таке сприйняття, тому треба враховувати особливості психіки конкретної дитини, особливо, коли у сімейному анамнезі є випадки шизофренії.

До того ж терапію ускладнювали емоційна холодність і неадекватність батька, спалахи його немотивованої агресії. Урешті-решт мати дитини вирішила, що з неї «вистачить», і розлучилася з батьком. Звичайно, це не стало «чарівною паличкою» для розв'язання проблеми, проте зникло джерело постійної травматизації дитини, що суттєво прискорило процес її реабілітації.

Зрозуміло, робота з такими сім'ями є надвідповідальною та вкрай важкою. Психолог може припускати наявність того чи іншого розладу психіки у батьків дитини, яка потребує його допомоги, проте діагностика осіб із вадами психічного здоров'я є виключно компетенцією лікаря-психіатра, а відтепер і лікаря сімейної практики (у межах компетенції). Завдання фахівця — знайти коректний спосіб скерувати таких батьків до лікаря-психіатра.

Слід також розглядати можливу наявність розладів психіки в одного чи обох батьків дитини як фактор, що ускладнює її психотерапію, а часом робить її безглуздою. Це те саме, що лікувати опіки людини, яка сидить у мисці з окропом. Батьки, які страждають на психічний розлад, досить часто не мають можливості забезпечити власному чаді адекватне виховання та відповідні умови розвитку. Якість життя такої дитини зазвичай є помітно зниженою. Хвора людина впливає на членів своєї родини (у цьому випадку батько), ускладнюючи тим самим поставлені психотерапевтом чи лікарем завдання, при цьому невротизує як партнера, так і дитину.

На превеликий жаль, доводиться визнавати, що діти, батьки яких мають психічні розлади, є більш уразливими як через дію спадкових чинників, так і безпосередньо травматизацію у власній родині.

