

УДК 615.851:159.96

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ОППОЗИЦИОННО-ВЫЗЫВАЮЩЕГО
РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ПРОТЕСТНЫМ
ИЛИ ИНФАНТИЛЬНЫМ ЭНКОПРЕЗОМ**

Кокурenkova П.А., Шишков В.В.

Одним из самых ярких примеров декомпенсации оппозиционно-вызывающего расстройства у детей является энкопрез (протестный или инфантильный). Чаще всего он представляет собой примитивную истерическую реакцию, закрепившуюся в связи с её «условной желательностью» как средство освобождения от любой трудной для ребёнка ситуации, что требует принципиально иного подхода к терапии. При лечении энкопреза неорганической природы, как и других форм поведенческого, невротического или психосоматического протеста, применяется совместно или по отдельности рациональная, поведенческая, семейная, игровая, суггестивная терапия. Однако эти методы наиболее эффективны в сочетании с подключаемой как можно раньше и в той или иной степени эмоционально-стрессовой психотерапией.

Ключевые слова: оппозиционно-вызывающее расстройство, энкопрез, инфантильный энкопрез, протестный энкопрез, психосоматический протест, психотерапия, эмоционально-стрессовая психотерапия.

**THE USE OF EMOTIONAL-STRESS PSYCHOTHERAPY
IN DECOMPENSATION OF OPPOSITIONAL-DEFIANT DISORDER
AMONG CHILDREN, MANIFESTED BY PROTEST
OR INFANTILE ENCOPRESIS**

Kokurenkova P.A., Shishkov V.V.

One of the most striking examples of decompensation of oppositional-defiant disorder among children is encopresis (protest or infantile). Most often it represents a primitive hysterical reaction connected with its “conditional desirability” as a mean of liberation from any difficult situation for the child, which requires a fundamentally

different approach in therapy. In encopresis treatment of an inorganic nature as well as other forms of behavioural, neurotic or psychosomatic protest there are rational, behavioural, family, play and suggestive therapy used together or separately. However, these methods are more effective in combination with emotional-stress psychotherapy used to a certain degree as early as possible.

Keywords: oppositional defiant disorder, encopresis, infantile encopresis, protest encopresis, psychosomatic protest, psychotherapy, emotional stress psychotherapy.

В последние десятилетия современная структура детской психопатологии претерпела значительные изменения, что уже нашло отражение в систематике. Так уже в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания» (DSM-5) [21], прообразе МКБ-11, отсутствует рубрика «детские неврозы»; параллельно с этим существенно расширена рубрика «расстройства поведения», в виду их явного преобладания. Имеет место тенденция к более ранней манифестации поведенческих расстройств, проявляющихся оппозиционно-вызывающим расстройством.

В DSM-5 оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) входит во второй раздел под рубрикой «Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders» (Деструктивные, импульсивные и поведенческие расстройства). ОВР включает в себя как эмоциональную, так и поведенческую симптоматику. Степень тяжести ОВР оценивается в зависимости от места, где проявляется вышеуказанная симптоматика. Легкая степень тяжести – симптомы наблюдаются в одной конкретной обстановке (чаще всего дома); умеренная – симптомы наблюдаются в двух местах; тяжелая – симптомы проявляются в трех и более местах [см.: 21].

Согласно литературным данным, эпидемиология ОВР варьирует от 1,4% до 16% [см.: 22; 23; 24; 25].

Согласно МКБ-10, ОВР определяется наличием заметно негативистического, вызывающего, непослушного, провокационного, а иногда

и враждебного поведения, находящегося за пределами нормального уровня поведения для ребенка того же самого возраста в тех же социо-культуральных условиях и не включающее в себя более серьезные нарушения прав других. Такие дети становятся зачинщиками ссор и обычно проявляют чрезмерную грубость, не желают взаимодействовать и подчиняться взрослым – родителям, руководителям группы детского сада, школы, кружков и секций, всячески сопротивляясь им.

Однако ОВР может не ограничиваться рамками нарушений собственно поведения, а иногда и вообще обходится без таковых, проявляясь совершенно иными симптомами [17, с. 59-63, 115-123]. Так к реакциям пассивного протеста обычно относят не только отказ от еды, уход из дома, суицидальные попытки, но и мутизм, а также ряд нарушений соматовегетативных функций: рвоту, энурез и энкопрез. Согласно предположению В.В. Ковалёва, подобные реакции также следует подразделять на характерологические (эпизодические уходы из дома, отказы от еды без первичного изменения аппетита, отчасти суицидальные попытки у некоторых детей и подростков) и патохарактерологические (элективный мутизм, любые соматовегетативные нарушения) [6, с. 121-123].

Самым важным нам [2 с. 64, 68-69; 17, с. 63; 18, с. 69], как и В.В. Ковалёву, представляется факт, что значительная часть реакций пассивного протеста должна быть расценена не как истинные (основанные на таких сверхценных переживаниях ребёнка, как обида, ущемлённое самолюбие, страх, желание отомстить), а как примитивные истерические реакции. Такие реакции закрепляются в связи с их «условной желательностью» как средство освобождения от трудной для ребёнка ситуации [6, с. 59, 122-123]. Трудность эта, с нашей точки зрения, носит исключительно субъективный характер, а значит, может быть любой [17, с. 59-63, 115-123]. Такой механизм демонстративных «протестных реакций», по-видимому, лежит в основе повторной рвоты, аффективно-респираторных приступов, некоторых форм элективного мутизма в младшем детском возрасте, части демонстративных суицидальных попыток [6, с. 122], дневного энуреза и инфантильного и

протестного энкопреза [6, с. 127; 10, с. 70-92; 17, с. 133-162]. Это требует принципиально иного подхода к терапии.

Чаще всего энкопрез – это протестное, демонстративное реагирование, регрессивный моносимптом, своеобразный откат в младенческий возраст, где дефекация в штаны или в памперс, в принципе, не возбраняется. Энкопрез неорганической природы, как правило, является вторичным, то есть возникающим уже на фоне чётко сформированного навыка опрятности, но иногда он бывает и первичным (инфантильным), показывая, скорее всего, подсознательное нежелание ребёнка взрослеть. Нередки случаи, когда взрослению ребёнка неосознанно препятствует мать, целиком ушедшая в ребёнка, вследствие наличия в семье серьёзных психологических и супружеских проблем [17, с. 154; 26].

В виду того, что энкопрез неорганической природы часто представляет собой выраженную протестную реакцию у детей с оппозиционно-вызывающим расстройством и/или с демонстративными чертами личности, при лечении данной патологии целесообразно применение эмоционально-стрессовой психотерапии (ЭСП). Поскольку в случае вторичного протестного энкопреза (регрессивного) и первичного (инфантильного), как правило, имеет место патологическая созависимость между матерью и ребёнком [4], представляют интерес данные М. Станишевского [15; 16] об успешном применении ЭСП при данных состояниях.

Данная терапия дала возможность развить способность к автоанализу поведенческих стереотипов и эмоциональных феноменов у пациентов, являющихся жертвами созависимости. Среди позитивных изменений созависимые пациенты отмечают следующие факты (приведём часть из них в составленной нами иерархии): 1) отказ от манипулятивного поведения; 2) формирование новых, более конструктивных форм поведения; 3) принятие ответственности за свою собственную жизнь; 4) принятие и уважение идеалов и представлений всех членов семьи; 5) восстановление личностных границ и суверенитета партнера и всех членов семьи; 6) прекращение тотального

контроля над одним или несколькими членами семьи. Созависимые отношения могут принимать различные психоэмоциональные формы, поэтому все перечисленные выше изменения отражают положительную динамику у пациентов [5, с. 17, 70-73].

Методы ЭСП высокоэффективны, как в краткосрочном (консультация), так и в продолжительном (несколько сессий и/или сеансов) варианте психотерапии [9, с. 47-48, 561-562; 15; 16; 26], а значит, могут, а чаще даже должны применяться строго по показаниям уже на первой консультации. Значительный эффект, при соблюдении ряда необходимых условий достигается, как в индивидуальной, так и в групповой форме психотерапии.

Приведённые выше данные позволяют сделать вывод о широкой сфере позитивных изменений, наступающих у пациентов, в результате применяемой терапии. Часто наблюдается трансмиссионный эффект, когда хорошие результаты лечения (и прежде всего стойкое улучшение психоэмоционального состояния пациента), так же позитивно сказываются на окружающих его близких [15].

Основоположником ЭСП является В.Е. Рожнов [13, с. 423], который применял её как один из методов в условиях групповой психотерапии. В дальнейшем В.Е Рожновым и соавторами активно разрабатывались основные методы ЭСП, а также постепенно расширялась область применения данного метода [13, с. 37, 423]. Ими же были сформулированы главные теоретические принципы и была начата практическая разработка методик ЭСП, применяемых при таких нозологиях как неврозы, психопатии истерического и психастенического круга, психосоматические и соматопсихические реакции, аддикции [13, с. 37, 423-487, 571-611]. Среди других заболеваний, при которых данный метод может применяться, особый интерес в контексте нашей работы представляет применение ЭСП при возрастных нарушениях психики в их начальных формах [см.: 15].

Эмоционально-стрессовая психотерапия направлена на создание стрессовой ситуации – аффективного состояния пациента, в условиях которого

становится возможным «разрушить» патологическую для самого пациента «модель» поведения, так как в условиях аффективного состояния не успевают «сработать» стандартные, выученные, осознанные и неосознанные модели поведения [9, с. 47-48, 561-562]. Вследствие этого у пациента запускаются процессы рефлексии и критического исследования собственного поведения [3, с. 233-235; 11]. Именно это состояние необходимо для достижения автономного, конструктивного, независимого поведения и жизнедеятельности пациента, что является – наряду с купированием дисфункционального симптома [10, с. 81-104; 17, с. 160-162; 26] – одной из главных целей проводимой психотерапии и профилактикой возможных рецидивов [12, с. 12].

В условиях ЭСП стресс используется для создания психологической конфронтации, выступая в качестве так называемого технического стресс-фактора [13, с. 36; 16], который вполне может быть создан вербальными психотерапевтическими интервенциями [13, с. 36; 20, с. 213-219], позволяющими «акцентировать межличностные аспекты трансакций» [20, с. 213]. Данные интервенции должны быть проведены в соответствующей форме, поскольку «важно также, чтобы вербальная суггестия носила эмоционально-контрастный характер с учетом ценностных ориентаций пациента, сложившихся на данном этапе обстановки в семье, коллективе и т.д.» [14, с. 113].

Вылечить истеричного больного, как и неврастеника, только рассуждениями и силлогизмами невозможно [13, с. 33]. Описан метод высокоэмоционального сократического диалога, который применим при истерии. Он основан на том, чтобы с помощью основных свойств характера истерической личности (эгоцентризм, повышенная обидчивость, демонстративность) показать пациенту насколько его поведение является невыигрышным для него [см.: 7; 8, с. 104-118].

Безопасность ЭСП обусловлена, с одной стороны тем, что стресс, используемый в данных методах для создания краткосрочного аффекта, является управляемым; с другой стороны, именно коротким временным

отрезком стрессового воздействия; что в совокупности дает возможность «избежать патогенных воздействий на организм стрессогенных факторов» [14, с. 113].

Разные авторы подчёркивают, что большое значение в развитии различных подходов ЭСП имеет дальнейшее формирование системы оценки эффективности данного вида терапии. Интересными представляются продолжительные и отсроченные во времени исследования индикаторов позитивных изменений у пациентов.

При лечении энкопреза неорганической природы, как и других форм поведенческого, невротического или психосоматического протеста, применяются совместно или по отдельности рациональная, поведенческая, семейная, игровая, суггестивная терапии [2, с. 64; 10, с. 81-104; 17, с. 152-162; 18, с. 42-43; 26]. Однако эти методы являются наиболее эффективными в сочетании с подключаемой строго по показаниям и в той или иной степени эмоционально-стрессовой психотерапией.

Так по нашим данным у 90,48% (76 из 84 детей) пациентов с инфантильным или протестным энкопрезом удалось достичь полного выздоровления, то есть, как минимум 30 дней подряд ребёнок оставался чистым, при этом не менее 20 раз нормально посещал туалет или ходил на горшок. Среди всех обследованных ЭСП в той или иной степени применялась у 63,1% (53 ребёнка), родители трех детей (3,57%), полагая, что ребёнка нельзя ругать, прервали консультацию. У остальных детей в связи с эффективностью других методик (игровых и поведенческих) или клиничко-анамнестическими особенностями ЭСП не была задействована в лечении. У 48 детей из 53 (90,57%) после применения ЭСП отмечалось выздоровление. У 2 детей (3,77%) не было никакой динамики. Родители трёх детей (5,66%), «подыграв» врачу на приёме, поблагодарили за консультацию, но крайне негативно отреагировали на следующий день, дав негативный отзыв или написав жалобу на «жесткое» лечение.

Ведущая роль в лечении невротического энкопреза, на наш взгляд, принадлежит бихевиоральной (поведенческой) терапии [10, с. 81-104; 17, с. 152-162, 399-400; 26]. Методы эмоционально-стрессового воздействия (ЭСП), включаемые в зависимости от различных факторов в той или иной степени в комплекс лечебных мероприятий, позволяют достигнуть наилучших результатов.

Естественно, что рекомендациям, даваемым родителям и ребёнку в структуре поведенческой терапии, не говоря уже о самой ЭСП или даже её элементах, должен предшествовать тщательный сбор анамнеза. Необходимы изучение нюансов функционирования семьи, в которой проживает ребёнок; чёткая диагностика формы энкопреза; краткое информирование родителей о предлагаемой тактике лечения с аргументацией его необходимости и безопасности.

Так ЭСП категорически противопоказана при следующих состояниях: 1) органических формах энкопреза – парциальном аганглиозе (гипоганглиозе) прямой кишки (болезни Гиршпрунга) или частичном нарушении спинальной проводимости, где позитивные стимулы поведенческой терапии, как и гипносуггестия, могут с успехом применяться [10, с. 81-92]; 2) при неврозоподобной форме энкопреза, в том числе отмечаемой в структуре СДВГ или посткомозионной астении, где позитивные стимулы и ограниченный ряд негативных стимулов поведенческой терапии, как и гипносуггестия, могут с успехом применяться в сочетании с длительной ноотропной (пантогам, нооклерин и т.п.) терапией [17, с. 152-162; 26]; 3) при наличии реальных страхов перед туалетом или горшком у тревожно-мнительных детей, где методы арт-терапии, игровой и поведенческой психотерапии также с успехом могут быть использованы [10, с. 81-104; 17, с. 152-162]; 4) при наличии в анамнезе анальных трещин с присоединением болевого компонента, что обуславливает у ребёнка тревожное ожидание боли при дефекации и уже как следствие – ретенционное парадоксальное недержание кала, где с успехом используются ауто и гетеросуггестивные методы психотерапии [10, с. 81-104;

17, с. 152-162; 26]; 5) при наличии у ребёнка умственной отсталости или даже задержки психического развития; 6) при наличии даже малейшего подозрения на имевшее место изначально эмоциональное отвержение ребёнка хотя бы одним из родителей/опекунов.

Однако чаще всего энкопрез – это протестное, демонстративное реагирование, регрессивный моносимптом. В этих случаях имеет место неосознанное использование симптома для борьбы за статус в семейной иерархии. Например, на фоне намечающегося развода родителей ребёнок как бы кричит: «Не смейте разводиться, смотрите, что со мной происходит из-за этого!». Ребенок, если его любят оба родителя, появлением симптома энкопреза как бы заявляет им: «Я такой больной, несчастный, а вы не хотите мне помочь и помириться». Также в генезе невротического энкопреза имеют значение нарушенные взаимоотношения между матерью и ребёнком и наличие длительного внутрисемейного конфликта, «внешним выражением которого становится ребёнок» [6, с. 111].

Сходный механизм наблюдается, причём гораздо чаще, при появлении отчима в семье. Таким образом, ребенок, если его не лечить, пытается вынудить претендента на роль отца уйти из семьи, иногда успешно (с позиции ребенка), иногда только усиливая негативизм и порождая жесткие, а порой и жестокие меры со стороны отчима [10, с. 81-104; 17, с. 153; 26].

Несколько реже, энкопрез, также в структуре протестной реакции, появляется при рождении сибса или в начальный период посещения яслей или детского сада, реже – школы.

В зависимости от анамнестических данных, коморбидности энкопреза с другими заболеваниями, корректируется выбор психотерапевтических методов. Так для детей среднего дошкольного возраста одной из основных методик является применение игровой (кукольной) терапии. Но при ее неэффективности, а также отсутствии значимого результата в течение длительного времени целесообразно применение ЭСП и поведенческой терапии. Это наглядно показано в следующем клиническом примере:

Мальчик – 4 года 8 месяцев, направлен одновременно гастроэнтерологом и неврологом с жалобами на недержание кала. В анамнезе запоры с детства, задержка дефекации достигала 5 дней, но обычно на 3-4 день уже появлялось «каломазание». Навык опрятности так и не был сформирован. Садиться на горшок отказывается. На приёме, предъявляя жалобы, мать говорит: «какаемся (!) в штаны». Ребёнок инфантилен, сюсюкает, лезет на колени к матери (не встречая сопротивления с её стороны); психоинтеллектуальное развитие по возрасту, гиперподвижен, грубых нарушений мышления не выявляется. Прицельным вопросом удалось выяснить, что ребёнок продолжает спать с матерью. Ночью до сих пор спит в памперсе. Детский сад посещает с 3 лет. В семье грубые нарушения в супружеской подсистеме – отец давно спит в другой комнате. Ребёнок обследован проктологом: данных за хирургическую патологию не выявлено. Диагноз: энкопрез неорганической природы (первичный, невротический/инфантильный). Соп.: синдром психического инфантилизма. НУ-реакции. Даны рекомендации в рамках семейной, игровой (кукольной) и поведенческой (фрагментарно) терапии. Через месяц на приёме практически без эффекта. На горшок стал садиться по требованию матери, но тут же встаёт и опорожняется в штаны. За прошедший месяц только 7 чистых дней, в которые мальчик либо вообще не ходил в туалет, либо его удалось подловить. Стирать испачканное белье отказывается.

Даны рекомендации по самовнушению («волшебные слова»), рекомендовано ставить 3 клизмы после 3 грязных дней подряд (негативный стимул бихевиотерапии). Через месяц на приёме симптоматика сохраняется. Грязные трусы складывает в туалете или бросает в корзину с грязным бельём. Клизмы поставить не удалось, так как ребёнок «не даётся». Мать понимает лечебную тактику, но справиться с сыном в этом плане не может. Положение усугубляется ещё и тем, что отец, балующий ребёнка, боясь, что сын «разорвётся», надевает ему памперс.

В виду безуспешности игровой, семейной и поведенческой терапии, был использован приём конфронтации с элементами ЭСП. Мальчику было предложено отдать все свои игрушки, заменив их аналогичным количеством погремушек для младенцев. С ребёнком был проведён эмоционально-стрессовый психодраматический спектакль с «вызовом скорой помощи» и отправкой «плачущей» матери «домой». После данной консультации отмечено стойкое улучшение: стал самостоятельно ходить на горшок, за месяц грязным (и то чуть-чуть) был только 3 раза. Испачканные трусы стирает сам, дневник заполняет достоверно, волшебные слова утром и вечером говорит. Некоторая инфантильность сохраняется. Истеричность немного усилилась (приходящий феномен заменяющей симптоматики).

Таким образом, согласно представленным данным, очевидно, что эффективность ЭСП при протестном и инфантильном энкопрезе (как и при некоторых других brutальных формах декомпенсации ОВР) является очень высокой. Единственное условие – полное и безоговорочное сотрудничество родителей с психотерапевтом как в ходе консультации, так и дома, посредством неукоснительного выполнения всех рекомендаций врача.

Одной из целей врача уже в ходе первой консультации является проведение сепарации отношения родителей к ребёнку (положительное), от отношения к его дисфункциональному симптому или деструктивному поведению (резко отрицательное).

Однако, часть родителей после разъяснительной беседы, продолжая настаивать на мягком «ни в коем случае не травмирующим психику ребенка» лечении, отказались от помощи специалиста, решив, что «все и так пройдет». В нашей практике одним из самых ярких примеров был следующий случай: *первый раз родители обратились к специалисту, когда ребенку было пять лет, в дальнейшем чтобы признать свою ошибку, обратившись повторно, им потребовалось ... семь лет. Все эти годы симптом (в данном примере инфантильный энкопрез) сохранялся [17, с. 160].*

При беседе с такими родителями обращало на себя внимание недостаточно сформированное представление о способах воздействия на ребенка, боязнь быть строгим и определенным в отношении с воспитанником. Любой решительный шаг в сознании родителей приравнивался к деспотизму, что привело бы к совершению «непоправимой» ошибки («это его сломает, нанесет ему травму»). Доминировало представление о принципиальной драматичности для психики ребенка любых запретов вне зависимости от ситуации. Пояснение врача о том, что стресс у ребенка создает не установление границ дозволенного, а их отсутствие, т.е. ситуация неясности и неопределенности, вызывающая замешательство и напряжение [1, с. 40-43], воспринималось с недоверием. Во всех случаях отмечалась незрелость родительской компетентности, неумение грамотно «направлять» ребенка, корректировать и видоизменять его дезадаптивные и деструктивные поведенческие тенденции.

Следует заметить, что элементы ЭСП, как и другие конфронтационные техники, применимы и к родителям, которые в данном контексте, «жалая психику своего ребёнка», допускают существование столь выраженного и длительно сохраняющегося протестного или инфантильного дисфункционального симптома, как и других форм декомпенсации ОВР.

Следует сказать, что в любом случае такая brutальная форма протеста, регресса или инфантилизма недопустима, поскольку, в конечном счете, от нее главным образом пострадает сам ребенок, у которого, вследствие вполне понятной естественной реакции окружающих на его симптом, возникнут соматопсихические реакции. Главным образом, этой причиной с одной стороны, а также максимальной пластичностью детской психики [19, с. 308-327] – с другой, и обусловлена концепция психотерапии наступательного плана [10, с.81-104; 17, с. 152-162]. Она включает в себя не только «кнуты» – негативные стимулы поведенческой терапии (самостоятельная стирка испачканного белья на самом первом этапе терапии, серию очистительных клизм – на третьем этапе при неэффективности гипнотерапии), но и

подключаемую как можно раньше, желательно сразу же после дифференциальной диагностики и выяснения нюансов функционирования семейных подсистем, эмоционально-стрессовую терапию.

Интенсивность эмоционально-стрессового воздействия может варьироваться в зависимости от степени эго-дистонности ребёнка в плане лечения, его пола, возраста и увлечений. Так уровень эмоционально-стрессового воздействия на ребёнка, самого желающего избавиться от крайне неприятной стыдной проблемы, должен быть самым минимальным (если это вообще нужно?!). Родителям ребёнка до 3 (4) лет стоит вначале порекомендовать домашнюю игровую (кукольную) терапию. Куклу, самостоятельно пользующуюся горшком, хвалят и одаривают подарками, а похожую на самого ребёнка ругают и даже «вызывают» врача. Ребёнку, часто заявляющему родителям, что он «уже большой», можно внезапно и резко выразить большие сомнения в этом утверждении, предложив соску и погремушки. Занимающемуся спортом ребёнку можно выразить крайнее удивление наличием у хорошего спортсмена столь неэстетичной симптоматики, свойственной «слабакам». С мамой красивой девочки стоит разыграть спектакль, где врач якобы не верит в правдивость предъявляемых жалоб, поскольку все предыдущие девочки с таким симптомом будто были очень уродливы. Аналогичный приём сработает и у отличницы, когда она услышит, что её поведение или симптом – болезнь двоечниц».

И только в случаях полной эго-дистонности ребёнка с инфантильным, регрессивным или протестным брутальным симптомом можно наглядно (с помощью психотерапевтического зеркала) показать в самых сгущённых красках то, что может «произойти» с ним в дальнейшем. При этом считаем допустимым использование соответствующей лексики, с которой ребёнок может реально столкнуться, если о его симптоме станет известно, например, в школе или спортивной секции. При сохраняющемся равнодушии ребёнка в отдельных случаях и на фоне абсолютной уверенности врача, что протестный или инфантильный симптом является не более чем банальной

истерической/эгоцентрической реакцией, возможен вышеописанный эмоционально-стрессовый психодраматический «спектакль» с «вызовом» скорой помощи и даже «отправкой» матери (родителей) домой. Это, как правило, вызывает у ребёнка соответствующую эмоциональную реакцию, после которой он, недавно «упёртый» в своём протестном или инфантильном синдроме, как правило, обещает перестать себя так вести. После небольшой экспозиции «уехавшие домой» родители быстро возвращаются, а «подъехавшая скорая» с большими извинениями отправляется назад.

Тут же данный в качестве альтернативы «госпитализации» полный комплекс рекомендаций в структуре поведенческой терапии (регулярное самостоятельное опорожнение кишечника, самостоятельная стирка испачканного белья с применением дегтярного мыла, дневник «чистых» и «грязных» дней, упражнения на тренировку сфинктера ануса и, наконец, в качестве бонуса, установление суперприза за 30 чистых дней подряд вне зависимости от учёбы и других обязанностей) срабатывает в несколько раз (!) эффективнее и быстрее, чем данный без эмоционально-стрессовой подготовки.

Существует мнение, что, не нормализовав обстановку в семье, вылечить невроз нельзя. Но как же быть в ситуации, когда ребенок эгоистично, пускай и отчасти на подсознательном уровне, мешает матери устроить свою личную жизнь с достойным человеком, искренне готовым принять ребёнка женщины, которую он полюбил? Или когда таким образом ребёнок требует, чтобы родители, исчерпавшие все попытки наладить свои взаимоотношения, продолжали жить вместе «как кошка с собакой», или категорически не хочет взрослеть, буквально цепляясь за своё инфантильное поведение, как правило, поддерживаемое одним из родителей?

На наш взгляд, обязательно продолжая в таких ситуациях разъяснять ребёнку на доступном ему уровне вопросы семейных взаимоотношений, предложив курс семейной терапии и/или включив такого ребёнка в процесс групповой терапии, врач-психотерапевт должен всё же в первую очередь устранить, убрать этот brutальный симптом. Пусть даже ценой замены этого

симптома на что-то другое (чаще на усиление истеричности). Да, действительно, здесь действует закон сохранения энергии. При быстром устранении невротического (протестного) энкопреза на фоне поведенческой и гипносуггестивной терапии (с возможным подключением элементов ЭСП или без таковых) у многих больных очень часто появляется заменяющая поведенческая симптоматика: усиление истеричности, повышенная раздражительность, агрессивность; реже – невротическая симптоматика: головные боли, расстройства сна. Данная симптоматика сохраняется несколько недель (реже – месяцев) и потом самопроизвольно проходит, то есть не требует какого-либо лечения. Если родители в этот период без согласования с врачом-психотерапевтом начинают давать ребенку успокаивающие препараты, то это может привести к рецидиву энкопреза. Увы, часто забывают о заменяющей симптоматике и психологи, немедленно берясь за коррекцию изменившегося в худшую сторону поведения переставшего испражняться в штаны ребенка. Делать этого нельзя (исходя из нашего опыта) четыре месяца. И только тогда (спустя четыре месяца стойкой ремиссии энкопреза), то есть после ста двадцати чистых дней подряд, когда утерянный прежде навык быть чистым полностью восстановился и закрепился, можно (если необходимость в этом не отпала сама по себе) заниматься коррекцией поведения [10, с. 81-104; 17, с. 160-161].

В нашей практике нередки случаи, когда сам факт быстрого и эффективного излечения такого симптома приводил к существенному улучшению семейной атмосферы, а то и к относительной нормализации семейных взаимоотношений. Так *отчим восьмилетнего мальчика, изначально готовый принять ребёнка любимой женщины и сделавший много попыток найти общий язык с ним, в ответ на продолжающийся протестный энкопрез от безысходности начал бить пасынка ремнём. Но после полного излечения у ребёнка данного симптома при помощи поведенческой психотерапии, дозированных элементов ЭСП и гипносуггестии, отчим сразу же изменил свое отношение к пасынку, найдя с ним общие интересы, связанные со спортом, стал помогать ему в тренировках и учебе. Вследствие чего и мальчик изменил*

свое отношение к отчиму [10, с. 81-104; 17, с. 161-162]. Подобные приведенному примеру случаи полностью подтверждают предложенную М. Станишевским концепцию трансмиссионного эффекта от применяемой терапии [15].

В заключение необходимо сказать, что максимальная степень насыщенности переживаний, характерная для ЭСП, находит своё терапевтическое обоснование, а значит, по мнению В.Е. Рожнова [13, с. 29-45], врач-психотерапевт, используя конкретные методики ЭСП, может значительно повысить результативность своей работы с больными. Это, по нашему убеждению, в полной мере применимо и к детям. Ведь длительно сохраняющаяся столь выраженная декомпенсация оппозиционно-вызывающего расстройства, проявляющаяся как деструктивным поведением, так и грубыми дисфункциональными симптомами (в том числе в форме инфантильного или протестного энкопреза), неизбежно приведёт к социальной дезадаптации ребёнка, развитию у него соматопсихических реакций и усугублению семейных дисфункций.

Дозированное, избирательное, управляемое и кратковременное применение методик ЭСП у детей с декомпенсацией ОВР, с одной стороны, позволяет быстро подвести пациента к рефлексии закономерности и неадаптивности своего поведения, а с другой – является безопасным, поскольку сам по себе короткий отрезок стрессового воздействия позволяет избежать патогенного влияния стрессовых факторов.

Методы ЭСП должны применяться строго по показаниям. Это нужно для купирования декомпенсации оппозиционно-вызывающего расстройства, проявляющейся брутальными формами поведенческого или психосоматического протеста (являющегося примитивной истерической реакцией), закрепившимися в связи с их «условной желательностью». Методы ЭСП выступают как средство освобождения от субъективно трудной для ребёнка, но достаточно банальной ситуации, после детального изучения

ситуации в семье (исключения эмоционального отвержения ребёнка кем-либо из членов семьи!).

Применяемые для лечения пациентов с декомпенсацией ОВР эмоционально-стрессовые методики предельно понятны подавляющему большинству родителей, которые могут прервать их в любой момент. Это, как правило, связано с категорическим непринятием каких-либо санкций, наказаний или угроз ребёнку, независимо от благих целей этих методов.

Любые действия родителей (жалобы, крайне негативные отзывы), предпринимаемые через несколько дней после такой консультации с элементами ЭСП, обусловлены их разнообразными рентными установками и/или категорической невозможностью сепарировать своё отношение к ребёнку от отношения к его деструктивному поведению или брутальному дисфункциональному симптому.

Список литературы:

1. Гречаный С.В. Расстройства поведения у подростков, сочетающиеся с употреблением психоактивных веществ (клинико-динамический и адаптационно-личностный аспекты): автореф. дис. ... докт. мед. наук: спец. 14.01.06 – психиатрия; 14.01.27 – наркология. СПб., 2015. 48 с.
2. Гречаный С.В., Ильичёв А.Б., Поздняк В.В., Кошавцев А.Г., Шишков В.В., Хуторянская Ю.В. Психиатрия детского возраста. Ч. 1. Учеб. пос. СПб.: СПбГПМУ, 2020. 80 с.
3. Дубровский К.М. Методика директивного группового внушения // Психотерапия в курортологии / Под ред. И.З. Вельвовского Киев, 1966. С. 233-235.
4. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (Обзор) // Аддиктология. 2005. № 1. С. 65-77.
5. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. СПб.: Речь, 2004. 368 с.
6. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995. 560 с.

7. Консторум С.И. К постановке вопроса об активирующей терапии психоневрозов // Журнал невропатологии и психиатрии. 1930. № 3. С. 79-90.
8. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. М.: Медицинская книга, 2010. 172 с.
9. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь. СПб.: Прайм – Еврознак, 2003. 672 с.
10. Нахимовский А.И., Шишков В.В. Практическая психотерапия детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. 383 с.
11. Одолламский А.О. Место терапевтического сообщества в современной системе психиатрической помощи [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. 2014. № 2. URL: <https://goo.gl/tpJq9D> (дата обращения: 20.12.2020).
12. Поклитар Е.А. Теоретические основы эмоционально-стрессовой терапии (в развитие концепции В.Е. Рожнова) // Избранные труды Одесской школы Терапии творческим самовыражением / Под ред. Е.А. Поклитара, М.А. Раскиной. Одесса: «Астропринт», 2007. С. 12.
13. Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. 3-е изд., доп. и перераб. Ташкент: Медицина, 1985. 719 с.
14. Сорока С.В. Код вашей жизни: записки врача-психотерапевта. Чернигов: Деснянська правда, 1999. 173 с.
15. Станишевский М. Анализ эффективности эмоционально-стрессовой групповой психотерапии на примере пациентов, страдающих от межличностной зависимости [Электронный ресурс] // *Studia Humanitatis*. 2017. № 4. URL: <http://st-hum.ru/node/593> (дата обращения: 20.12.2020)
16. Станишевский М.И. Эмоционально-стрессовый подход в профилактике и терапии межличностной зависимости [Электронный ресурс] // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2017. Т. I: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. Вип. 46. URL: <https://goo.gl/9ChJwg> (дата обращения: 20.12.2020).

17. Шишков В.В. Психотерапия функциональных расстройств. Карманный справочник врача и психолога. СПб.: Скифия, 2013. 496 с.
18. Шишков В.В., Кощавцев А.Г., Поздняк В.В., Ильичёв А.Б. Пограничные психические расстройства в детском возрасте. Учеб. пос. / Под ред. С.В. Гречаного. СПб.: СПбГПМУ, 2015. 60с.
19. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2002. 656 с.
20. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. СПб.: Питер, 2000. 640 с.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.
22. Boylan K., Vaillancourt T., Boyle M., Szatmari P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2007. Vol. 16. No. 8. P. 484-94.
23. Loeber R., Burke J.D., Lahey B.B., Winters A., Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000. Vol. 39. Issue 12. P. 1468-1484.
24. Maughan B., Rowe R., Messer J., Goodman R., Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004. Vol. 45. No. 3. P. 609-621.
25. Mohammadi M.R., Salmanian M., Hooshyari Z. et al. Lifetime prevalence, sociodemographic predictors, and comorbidities of oppositional defiant disorder: the National Epidemiology of Iranian Child and Adolescent Psychiatric disorders (IRCAP) // *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 42. No. 2. P. 162-167.
26. Shishkov V.V. Rational pharmacotherapy and integrative psychotherapy of different forms of encopresis in children and adolescents // *Psychiatria Danubina*. 2019. Sup. 4. Vol. 31. P. 698.

Сведения об авторах:

Кокурenkova Полина Андреевна – клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (Санкт-Петербург, Россия).

Шишков Валерий Витальевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (Санкт-Петербург, Россия).

Data about the authors:

Kokurenkova Polina Andreevna – Clinical Resident of Psychiatry and Narcology Department, Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

Shishkov Valery Vitalievich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Psychiatry and Narcology Department, Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

E-mail: poly.kokurenkova@yandex.ru.

E-mail: vvshishkov@yandex.ru.