

# **child psychiatry**

**Robert Goodman**

*PhD, FRCPsych, MRCP, Professor of Brain and Behavioural Medicine, Institute of Psychiatry, King's College London, Consultant Child and Adolescent Psychiatrist, Maudsley Hospital, London*

**Stephen Scott**

*BSc, FRCP, FRCPsych, Reader in Child Health and Behaviour, Institute of Psychiatry, King's College London, Consultant Child and Adolescent Psychiatrist, Maudsley Hospital, London*

Foreword by Professor Sir Michael Rutter

Second edition

Blackwell Science

# **детская психиатрия**

**Роберт Гудман**

*Д-р философии, действительный член Королевского общества психиатров, член Королевского общества врачей, профессор медицины мозга и поведения, Институт психиатрии, Королевский колледж, Лондон, консультант по детской и подростковой психиатрии, госпиталь Модсли, Лондон*

**Стивен Скотт**

*Бакалавр наук, действительный член Королевского общества врачей, действительный член Королевского общества психиатров, исследователь здоровья и поведения детей, Институт психиатрии, Королевский колледж, Лондон, консультант по детской и подростковой психиатрии, госпиталь Модсли, Лондон*

Предисловие профессора сэра Майкла Раттера

2 издание

Перевод на русский язык:

Е.Р. Слободская

*Кандидат медицинских наук, доктор психологических наук, доцент*

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Предисловия и введение</i>	4
<b>Часть I Оценка, классификация и эпидемиология</b>	8
1 Оценка	8
2 Классификация	25
3 Эпидемиология	32
<b>Часть II Специфические расстройства и предъявления</b>	43
4 Аутистические расстройства	43
5 Гиперактивность	51
6 Расстройство поведения	57
7 Подростковая делинквентность	67
8 Отказ от школы	74
9 Тревожные расстройства	78
10 Депрессия и мания	84
11 Суицид и умышленное самоповреждение	89
12 Стрессовые расстройства	94
13 Обсессивно-компульсивное расстройство	99
14 Синдром Туретта и другие тикозные расстройства	103
15 Элективный мутизм	106
16 Расстройства привязанности	109
17 Энурез	113
18 Фекальное загрязнение	119
19 Расстройства сна	122
20 Психосоматика	128
21 Дошкольные проблемы	137
22 Расстройства в подростковом возрасте	140
23 Плохое обращение с детьми	150
<b>Часть III Факторы риска</b>	165
24 Генерализованная недостаточная обучаемость	165
25 Мозговые нарушения	173
26 Расстройства речи	177
27 Трудности в чтении	182
28 Ненадежная привязанность	189
29 Природа и воспитание	197
30 Совладание с неблагополучием	206
31 Факторы школы и сверстников	214
<b>Часть IV Лечение и обслуживание</b>	218
32 Вмешательство: первые принципы	218
33 Предупреждение	225
34 Медикаментозное лечение и диета	231
35 Лечение, основанное на поведении	238
36 Когнитивная и межличностная терапия	245
37 Системная и семейная терапия	252
38 Воспитание в приемной семье и усыновление	267
39 Организация служб	273

<b>Часть V Вопросы с множественным выбором и ответы</b>	281
Вопросы с множественным выбором	281
<i>Ответы на ВМВ</i>	322
<i>Примечания автора и переводчика к русскому изданию</i>	333
<i>Указатель</i>	337

## ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Нет ничего подобного этой драгоценной книге, которая дает самое наилучшее введение в детскую психиатрию из того, что когда-либо было написано. Она лаконична, очень легко читается и предоставляет чрезвычайно практическое руководство по концептуальным вопросам, диагностике и лечению. В большинстве вводных курсов доступность для практиков достигается ценой потери научной строгости и сомнений; этот превосходный том хорошо показывает, что платить такую цену совсем не обязательно. Он предоставляет вполне современную выжимку результатов научных исследований, интересно и доходчиво передает, как научные изыскания формируют современную клиническую работу. Совершенно уместно, что не описаны детали исследований, но всю книгу пронизывает дух научного изучения. Ссылки даны в хорошо отобранным кратком списке ключевых обзорных статей и глав в книгах, так что читатели могут расширить свое понимание, а также сами оценить имеющиеся данные. Впрочем, в данном здесь отчете проведена необыкновенно хорошая работа по отбору из необозримой литературы наиболее важных сейчас для клиники результатов исследований. Я был бы удивлен, если чтение этой книги не побудит большинство людей читать дальше. Равным образом, я уверен, что они будут поражены, обнаружив как мало того, что действительно важно, не было уже хорошо представлено в этой книге. Это просто подвиг!

Оба автора - опытные клиницисты, и богатство их практических знаний вместе с «чутьем» клинических вопросов и потребностей пациентов пропитывает каждую страницу. Охвачены все основные разновидности психических расстройств, но выбранный подход своеобразен в четырех главных отношениях. Прежде всего, эта книга дает очень полезное подробное руководство, как делать то, что требуется. Это заметно как в первой главе об оценке, так и в главах, посвященных разным формам лечения. Описание того, как клиницисты должны обдумывать вопросы, касающиеся оценки, действительно мастерское, несмотря на свою краткость (а возможно, и вследствие этого). Во-вторых, дано особенно проникновенное описание различного рода факторов риска и защиты и того, как они могут действовать. В-третьих, обсуждение клинических вопросов отчетливо направлено на развитие сопутствующими соображениями о том, как именно явные расстройства соотносятся с вариантами нормального развития. И, наконец, эта книга искусно организована для того, чтобы лучше всего помочь тем, кто готовится к профессиональным экзаменам (с полезным списком из 200 вопросов с множественным выбором). Замечательно, что она достигает этой организации, не впадая в необоснованный догматизм, который портит так много вводных учебников. Я жалею только о том, что сам не написал эту прекрасную книгу!

Профессор Сэр Майкл Раттер  
Почетный Директор

*Отделение детской психиатрии Совета Медицинских исследований, Институт психиатрии*

## ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

У второго издания – все громадные достоинства первого, но оно в значительной степени обновлено и отчасти расширено в охвате, при этом размер тома увеличился на удивление умеренно. По мне, у этой книги несколько выдающихся достоинств. Она очень хорошо организована и хорошо написана, так что ей легко руководствоваться и ее очень интересно читать. Авторы владеют данными исследований, но представляют их в лаконичном стиле, выбирая ключевые моменты и решающие клинические последствия в заостренной манере. Это совершенно приземленный и чрезвычайно практичный подход, но, несмотря на это, он создает живое представление о том, какими различными путями исследования обеспечивают лучшее понимание основных вопросов. И самое главное – этой книге удается замечательно показать, как люди думают над трудными вопросами. Это ясно из обсуждения практических вопросов (например, как провести диагностическую оценку, или как принимать решение о том, какое лечение использовать), а также из обсуждения исследовательских понятий (например, связей между функцией мозга и поведением, взаимодействия природы и воспитания или подходов к предупреждению). В результате, эта книга одновременно описывает, как сегодня следует практиковать детскую психиатрию, и передает волнения в клинической области, извлекающей огромную пользу из научных достижений.

Профessor Сэр Майкл Раттер  
Профессор психопатологии развития  
Институт психиатрии, Королевский колледж, Лондон

## ПРЕДИСЛОВИЕ ПЕРЕВОДЧИКА

Представляя книгу Роберта Гудмана и Стивена Скотта на русском языке, мне хотелось бы отметить две ее характерные черты, особенно важные для российского читателя. Первая – это объективный академический поход, независимый от традиции, авторских пристрастий и других посторонних влияний. Благодаря этому читатель получает доступ к наиболее важным и достоверным сведениям, которыми сегодня располагает детская психиатрия. И второе: весь текст проникнут любовью к детям и подросткам с проблемами психического здоровья и добрым отношением ко всем, кого эти проблемы касаются. Это поможет читателю выбирать образ действий, соответствующий наилучшим интересам ребенка.

В заключение я хотела бы поблагодарить всех тех, кто помогал мне при переводе.

Слободская Елена Романовна, к.м.н., д.псх.н.,  
доцент Новосибирского государственного университета,  
главный научный сотрудник ГУ НИИ физиологии СО РАМН,  
Тимакова, 4, Новосибирск, 630117  
E-mail: H.R.Slobodskaya @iph.ma.nsc.ru

## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЧТЕНИЕ

Никол Р. Практическое руководство по детскому-юношеской психиатрии. Британский подход. Екатеринбург: Издательство УралИНКО, УралЦДИ, 2001. 224 с.

Слободская Е. Р. Развитие ребенка: индивидуальность и приспособление. Новосибирск: Издательство СО РАМН, 2004. 416 с.

## ВВЕДЕНИЕ

Мы думали назвать эту книгу «*Моя первая книга по детской психиатрии*». Но, понимая, что она вполне может быть единственной книгой читателя в этой области, мы стремились сразу проникнуть в самую сердцевину детской и подростковой психиатрии. Нашей целью была краткость, четкость, практичность, содержательность, современность, научная точность, клиническая обоснованность и польза для экзаменов. Нас очень поддержали исключительно хорошие отзывы на первое издание, полученные от стажеров и старших коллег из разных областей знания. Для этого нового издания, помимо тщательного обновления всех существующих глав, мы добавили новые разделы и главы по защитным факторам, предупреждению, воспитанию в приемной семье и усыновлению, расстройствам сна и организации служб.

Главы книги объединяются в четыре раздела: первым идет вводный раздел по оценке, классификации и эпидемиологии; второй раздел охватывает все основные специфические расстройства и предъявления; третий раздел – об основных факторах риска, предрасполагающих к детским психическим расстройствам; и, наконец, раздел об основных методах лечения. В каждой главе представлены ключевые факты, понятия и точки роста в данной области с использованием клинического опыта и данных последних исследований.

Нам выпала большая удача - работа бок о бок с группой различных и талантливых клиницистов и исследователей в одном из ведущих мировых центров по детской психиатрии. Мы надеемся, что смогли хотя бы отчасти передать восторг от пребывания «на переднем крае» области, которая все больше обогащается от успехов в столь различных дисциплинах, как психология развития, нейробиология, генетика, социальная антропология, лингвистика и этология. Будучи клиницистами-практиками, мы также стремились, чтобы эта книга была и о практике работы с детьми и семьями, а не только о теории. И поскольку успешным практикам необходимо владеть не только понятиями, но и методиками, мы включили множество советов «как это делать» при оценке и лечении.

Для того, чтобы сделать книгу как можно более легкой для чтения, мы не прерывали текст ссылками. Вместо этого каждая глава заканчивается предложениями по дальнейшему чтению, предлагая удобные отправные точки для знакомства с современной литературой.

Эта книга предназначалась для нескольких групп возможных читателей. Тем, кто изучает психиатрию, педиатрию и лечебное дело, она может оказаться полезной в начале работы с трудными детьми как доступный вводный курс, при оценке и лечении детей с неизвестными расстройствами - как долговременное практическое и теоретическое руководство, и при подготовке к профессиональным экзаменам - как всеобъемлющий учебник. Тем, кто специализируется в других сферах – психологии, сестринском деле, социальной работе и образовании – она может понадобиться при работе с трудными детьми и помочь им понять точку зрения психиатров на проблемы, для решения которых нужны междисциплинарные усилия. И, наконец, для признанных специалистов во многих областях эта книга может стать простым способом войти в курс современного образа мыслей и удобным источником при подготовке лекций и поиске ссылок.

Для тех, кто готовится к профессиональным экзаменам, а также для читателей, которые любят решать задачи, чтобы закрепить свои познания, предлагается более 200 вопросов с множественным выбором (BMB) и ответы. Наши BMB сделаны по образцу тех, что задают при принятии в члены различных королевских колледжей, и особенно нацелены на любимые темы экзаменаторов.

Эта книга стала гораздо лучше после замечаний и предложений коллег и практикантов из разных областей, и мы чрезвычайно благодарны всем им. Мы стремимся и дальше улучшать эту книгу, и ждем помощи от вас, наши читатели. Пожалуйста, напишите нам и скажите, что вам понравилось, и что нужно изменить. Что нужно сократить и что расширить? Как мы можем сделать книгу более полезной для вас? Мы надеемся, что ваши советы помогут будущим читателям, а через них - трудным детям и их семьям.

Роберт Гудман и Стивен Скотт

Мы посвящаем эту книгу  
всем детям и родителям,  
особенно нашим собственным

# **ЧАСТЬ I ОЦЕНКА, КЛАССИФИКАЦИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

---

## **Глава 1 ОЦЕНКА**

Проведение тщательной оценки в детской психиатрии может слишком легко превратиться в длинный и нудный список вопросов, которые нужно охватить, и наблюдений, которые необходимо провести, и эта процедура станет неприятным событием для всех участников. Гораздо лучше начинать, имея ясное представление о целях, и двигаться к ним гибко. Средства и цели различаются: первая часть этой главы касается целей, а вторая рассматривает средства и дает некоторые практические рекомендации о том, в каком порядке спрашивать о разных вещах.

### **Пять ключевых вопросов**

Во время оценки вам надо вовлечь семью и заложить основу лечения, сосредоточившись на пяти ключевых вопросах, данных в следующем списке и запоминаемых в виде сокращения СВРСО. Можно многое сказать о том, как проводить всестороннюю оценку при первом посещении, если только это не приведет к настолько насыщенному интервью, что семья больше уже не придет. До тех пор, пока вы можете вовлекать семью, не страшно, если после первого посещения оценка не завершена, *при условии*, что вы осознаете имеющиеся пробелы и восполните их во время следующих встреч. На самом деле все оценки следует считать предварительными, необходимыми для построения рабочих гипотез, подлежащих пересмотру и уточнению в течение всего времени, пока вы контактируете с этой семьей. Если ошибочно приступить к лечению без соответствующей оценки, то ошибочно также забывать о том, что ваша оценка в процессе лечения может нуждаться в пересмотре. Если лечение не действует, примите во внимание необходимость переоценки.

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| • Симптомы              | Какого рода эта проблема?                          |
| • Влияние               | Сколько страданий и нарушений она вызывает?        |
| • Риск                  | Какие факторы породили проблему и поддерживают ее? |
| • Сильные стороны       | Какие активы имеются для работы?                   |
| • Объяснительная модель | Какие мнения и ожидания приносит с собой семья?    |

Детские психиатры и их коллеги могут привлекаться к оценкам различного рода, но эти пять ключевых вопросов будут важны практически во всех случаях, несмотря на различия в значении и подходе. Далее большая часть этой главы посвящена подходу, при котором предъявляемые жалобы по возможности пытаются объяснить наличием у ребенка одного или нескольких расстройств и прийти к наиболее полному заключению, в т.ч. этиологию, прогноз и лечение. Однако в некоторых случаях более показано сосредоточиться на трудностях родительского воспитания или сложностях семейной системы в целом, чем на проблемах, предъявляемых ребенком.

### **Симптомы**

Большинство синдромов в детской психиатрии состоит из комбинаций симптомов (и признаков) в четырех основных сферах: эмоции, поведение, развитие и взаимоотношения. Как у любого практического правила, бывают и исключения; наиболее заметные – шизофрения и нервная анорексия. Четыре области симптомов, это:

- (1) Эмоциональные симптомы
- (2) Проблемы с поведением
- (3) Задержки развития
- (4) Трудности взаимоотношений

*Эмоциональные симптомы*, интересующие детского психиатра, хорошо знакомы большинству тех, кто изучает психическое здоровье. Здесь, как и у взрослых, подобает спросить о тревогах и страхах (а также о любом избегании вследствие этого). Спросите также о страдании и, если это относится к делу, о сопутствующих признаках депрессии, включая чувства неполноценности и безнадежности, самоповреждение, агедонию, плохой аппетит, нарушение сна и утомляемость. Классические симптомы обсессивно-компульсивного расстройства могут иметься у младших детей, даже у дошкольников. Есть одно отличие от взрослой психиатрии – надо гораздо более тщательно спрашивать о «соматических» эквивалентах эмоциональных симптомов, например боли в животе в понедельник утром могут быть гораздо более заметны, чем лежащая в их основе тревога по поводу школы или разлуки.

Сообщения родителей – главный источник информации об эмоциональных симптомах маленьких детей, у детей постарше и подростков все большее значение приобретают их собственные сообщения. Весьма удивительно, что сообщения родителей и детей об эмоциональных симптомах часто не согласуются. Встречаясь с противоречивыми сообщениями, часто трудно решить, кому верить. Возможно, что родители убедительно и детально описали ряд случаев, когда страх собак у ребенка приводил к панике или прекращению прогулки, тогда как собственное заявление ребенка о том, что он никогда ничего не боится, кажется смесью бравады и желания как можно быстрее закончить интервью. В альтернативном случае собственный отчет девочки-подростка может ясно показать, что она испытывает выраженную тревогу, которая мешает ей сосредоточиваться и засыпать, хотя ее родители ничего об этом не знают, потому что она не доверяет им и много времени проводит в своей комнате. В других случаях труднее узнать, кому верить, и, возможно, более разумно признать, что существует не одна правда, а множество точек зрения.

*Проблемы с поведением*, составляющие существенную часть практики детских психиатров, – гораздо менее знакомая область для большинства тех, кто изучает психическое здоровье, так как взрослые с похожими симптомами чаще появляются в судах, а не в клиниках. Опрос нужно сосредоточить на трех главных сферах поведения: вызывающее поведение, часто сопровожданное раздражительностью и вспышками гнева; агрессия и деструктивность, а также антисоциальное поведение, такое как воровство, поджоги и злоупотребление веществами. Основными источниками информации о проблемах с поведением обычно бывают сообщения родителей и учителей, однако дети и подростки иногда скажут вам о проступках, не известных их родителям и учителям. Спрашивать детей об их вызывающем поведении не имеет большого смысла, так как детям (как и взрослым) трудно признать, что они бывают неразумны, разрушительны и раздражительны, даже если они с легкостью узнают эти качества у других.

Оценка *задержки развития* может быть особенно трудна для тех, кто впервые пришел в эту сферу и не имеет подготовки в области здоровья детей или своих собственных детей. Развитие осложняет оценку, которая у взрослых была бы достаточно простой. Рассмотрим для примера физическое развитие. Рост взрослого один метр очень мал, в то же время рост ребенка один метр может быть малым, средним или большим; это определенно зависит от возраста ребенка, и если у вас под рукой нет диаграмм роста, вам будет очень трудно выявить необычайно высоких или низких для своего возраста детей. В сфере психологии подобные проблемы еще более выражены. Что вы будете делать, если внимание в разных возрастах удерживается на протяжении пяти минут? Не пропускаете ли вы детей с недостаточно или чрезмерно развитой речью для своего возраста? Как долго должен пятилетний ребенок сидеть спокойно, не ерзая? При отсутствии хороших опубликованных норм вам чаще всего придется полагаться на опытных коллег, до тех пор, пока вы сами не «набьете глаз». Помните также, что опытные родители и учителя редко бывают озабочены без достаточных оснований.

Сфера развития, особенно важные для детской психиатрии, – это регуляция внимания и активности, речь и язык, игра, моторные навыки, контроль над мочевым пузырем и кишечником, а также достижения в учебе, особенно в чтении, письме и математике. При определении текущего уровня функционирования вы можете пользоваться и данными непосредственных наблюдений за ребенком, и сообщениями родителей и учителей. Спрашивая родителей об основных этапах развития, вы можете узнать о его ходе в прошлом.

Оценить *трудности детей в социальных отношениях* – также тяжелая задача, отчасти потому, что взаимоотношения у детей меняются по мере развития. Кроме того, если ребенок не ладит с другими людьми, то не всегда ясно, что это отражает проблемы ребенка, а не других людей. Например, если ребенок с церебральным параличом не может заводить друзей и удерживать их, в какой степени это может отражать недостаток у него социальных навыков, а в какой – предубеждения других детей?

Наиболее впечатляющие нарушения социальных отношений можно видеть при аутистических расстройствах, обычно они принимают одну из трех форм: отчужденное безразличие, отношение к другим людям не как к людям; пассивное принятие взаимодействий, когда другие берут инициативу и говорят что делать; а также неуклюжий и несочувственный социальный интерес, обычно отталкивающий других своей неловкостью. Растворимость и недостаток сдержанности с посторонними выражены при некоторых аутистических и гиперкинетических расстройствах, а также при расстройствах привязанности, они могут также наблюдаваться при мании и тяжелой двусторонней травме головы. Растворимость может сопровождаться надоедливой и докучливой манерой. В небольших количествах некоторые из этих проявлений могут даже показаться очаровательными – после нескольких минут знакомства вы можете полагать, что ребенок восхитительно искренний, открытый или эксцентричный. Однако это очарование, как правило, надоедает при более длительном знакомстве, а история болезни обычно проясняет, что такая манера быстро становится утомительной для детей и взрослых, которые регулярно общаются с ребенком.

У некоторых детей имеются трудности в отношениях почти со всеми социальными партнерами: и с детьми, и со взрослыми, и с незнакомыми, и с друзьями. У других детей проблемы ограничены специфическим типом социальных отношений, например привязанностью или дружескими отношениями. Проблемы могут даже ограничиваться одним важным социальным партнером. Так, большинство детей особенно привязаны к относительно небольшому числу главных для них людей, и качество привязанности ребенка (надежная, сопротивляющаяся, отчужденная или дезорганизованная) может различаться в зависимости от того, с кем из этих ключевых людей ребенок устанавливает отношения. Например, привязанность к основному воспитателю может быть ненадежной, а к остальным – надежной (см. главу 28). Похожая специфика может наблюдаться и во взаимоотношениях братьев и сестер.

Вы можете получить информацию о социальных взаимоотношениях ребенка из нескольких источников. Очень полезным может оказаться наблюдение взаимодействий между членами семьи в приемной или кабинете врача. Смотрите, как ребенок обращается к вам, когда обследуют его физическое и психическое состояние. Если ваша оценка в существенной степени следует стандартизированной схеме для всех детей, то еще более впечатляет то, что один ребенок застенчив и все время говорит однозначно, а другой ребенок того же возраста приветствует вас как лучшего друга и хочет залезть к вам на колени. Замечайте также то, что в других обстоятельствах можно было бы назвать «обратным переносом», например, не раздражал ли вас ребенок? Не чувствовали ли вы себя истощенным после интервью? Это часто бывает ценным ключом к тем чувствам, которые ребенок вызывает у многих других людей. Непосредственное наблюдение дополняется историей болезни. Родители обычно могут много рассказать вам об отношениях их ребенка с другими людьми начиная с раннего возраста. Стоит получить сведения об отношениях ребенка со сверстниками от учителя, но помните, что учителя не всегда в курсе проблем со сверстниками, даже если они довольно существенные, – возможно потому, что обычно они не следят за игровой площадкой.

## У большинства пациентов симптомы имеются более чем в одной области

Лишь у малой части пациентов симптомы ограничены только одной областью, однако такие дети существуют. Так, у детей с *генерализованным тревожным расстройством* могут быть чисто эмоциональные симптомы, у детей с *социализированным расстройством поведения* – чисто поведенческие проблемы, а у детей с *расторможенным расстройством привязанности* – трудности только во взаимоотношениях. И хотя у многих детей бывают чистые задержки развития, такие как первичный энурез, рецептивное расстройство речи или специфическое расстройство чтения, детский психиатр обычно видит у них и другие симптомы. А у некоторых гиперактивных детей, которых принимает детский психиатр, определенно имеются достаточно чистые задержки развития регуляции внимания и активности.

У большинства пациентов детских психиатров симптомы имеются в двух и более областях. Например, у детей с расстройством поведения обычно бывают также эмоциональные симптомы, проблемы со сверстниками и задержки развития, такие как специфическое расстройство чтения или гиперактивность (см. вставку 1.1).

**Вставка 1.1:** Синдромы могут включать одну область симптомов или несколько.

### (1) Социализированное расстройство поведения



### (2) Расстройство поведения с эмоциональными симптомами, проблемами со сверстниками и нарушениями чтения



Другой пример симптомов в разнообразных областях дает аутизм. Ключевые симптомы аутизма охватывают две области, это характерные формы проблем во взаимоотношениях и задержки развития (а также отклонения развития и ригидность). Помимо этого, у аутичных детей обычно наблюдаются некоторые проблемы с поведением, такие как выраженные вспышки гнева, и некоторые эмоциональные проблемы, например необычные фобии.

## **Влияние**

Почти у всех детей бывают страхи, беспокойства, периоды грусти и время, когда они ведут себя плохо, вертятся и не могут сосредоточиться. Когда такого рода симптомы свидетельствуют о расстройстве, а не о варианте нормы? Как правило, вам следует диагностировать расстройство только в том случае, если симптомы имеют существенное влияние. Критерии психических расстройств в DSM-III не включали влияния; результат демонстрирует исследование большой репрезентативной выборки в Пуэрто-Рико, где у половины детей обнаружили психическое расстройство. Это абсурдно высокая частота, так как большинство этих детей по клиническим основаниям не может быть отнесено к «пациентам». С тех пор это исправлено: и DSM-IV, и исследовательские диагностические критерии МКБ-10 обычно включают влияние как критерий. Влияние оценивают так:

- (1) Социальные нарушения
  - (а) семейная жизнь
  - (б) учеба в школе
  - (в) дружеские отношения
  - (г) занятия в свободное время
- (2) Страдание ребенка
- (3) Вред для других.

Главный показатель влияния должен определять, приводят ли симптомы к значительным *социальным нарушениям*, существенно подрывая возможности ребенка выполнять то, что от него в норме ожидается в каждодневной жизни. Главные сферы жизни, которые следует рассматривать, - это семейная жизнь, занятия в школе, дружеские отношения и занятия в свободное время, хотя иногда оплачиваемая работа и физическое здоровье также имеют значение. Важны также два дополнительных показателя влияния: страдание ребенка и вред для других. Тревожные или депрессивные дети, как и такие же взрослые, иногда могут выполнять то, что от них в норме ожидается, испытывая при этом значительные внутренние муки. Равным образом, проблемы с поведением могут иногда причинить значительный вред другим, не приводя к заметным социальным нарушениям или страданию ребенка. Например, родители и сиблинги детей с серьезными физическими или умственными проблемами иногда стойко переносят выраженное открытое неповиновение, вспышки гнева и деструктивность, страдают сами, но делают все возможное, чтобы ребенок не «расплачивался за это». В этих случаях клинически разумно диагностировать наличие расстройства, даже если у ребенка на самом деле нет социальных нарушений из-за симптомов. Не будет ли это прямым путем к тому, чтобы отнести всех девиантов к психически больным? Мы надеемся, что нет.

## **Факторы риска**

Почему у ребенка, которого вы оцениваете, имеется именно такая конstellация психиатрических проблем? Несмотря на то, что мир полон людей, которые думают, что они действительно знают *настоящую* причину конкретных психических расстройств у детей (это пищевая аллергия, отсутствие дисциплины, плохие гены, педагогическая запущенность, повреждение гипоталамуса, неразрешившиеся конфликты младенчества и т.д.), с научной точки зрения установлено

ние единственной причины детского психического расстройства редко бывает оправдано. Этому есть исключения. Так, можно обоснованно полагать, что навязчивое кусание себя у детей с синдромом Леша-Найхана (в результате которого больные могут откусить собственные пальцы и сильно поранить свои губы и язык) вызвано специфическим генетическим дефектом, приводящим к полному отсутствию одного из ферментов, участвующих в метаболизме пурина. Похоже, что наличие этой врожденной ошибки метаболизма гарантирует столь характерное поведение, независимо от других генетических и средовых факторов.

При сравнении с этим, большую часть «причин» в детской психиатрии лучше всего рассматривать в качестве факторов риска, которые увеличивают вероятность конкретного расстройства, не гарантуя, что оно возникнет. Так, хотя воздействие высокого уровня конфликта между родителями и является фактором риска для проблем с поведением, у многих детей, подвергшихся воздействию родительского конфликта, проблемы с поведением не развиваются. Возможно, нам надо объяснять детские психические расстройства на основе конкретных сочетаний или последовательностей факторов риска. Одна из таких схем вводит три вида факторов риска: предрасполагающих, кристаллизующих и поддерживающих факторов. Окно разбито потому, что стекло было особенно тонким и хрупким (предрасполагающие факторы), в него бросили кусочком щебня (кристаллизующий фактор) и никто после того не заменил разбитое стекло (поддерживающий фактор). Ребенок всегда довольно сильно цеплялся за родителей, у него никогда не было много друзей (предрасполагающие факторы); он отказывается возвращаться в школу после того, как поссорился с другом и пропустил несколько дней из-за простуды (кристаллизующие факторы). Его родители сильно озабочены его страданиями и думают, что заставлять его вернуться в школу будет пагубно, но с каждым пропущенным днем ему все труднее вернуться, так как он все больше отстает в учебе, и его прежние товарищи по играм находят себе новых друзей (поддерживающие факторы). Наличие расстройства может объясняться на следующей основе:

- Предрасполагающие факторы
- Кристаллизующие факторы
- Поддерживающие факторы

и за неимением:

- Защитных факторов.

Даже если вы действительно приучите себя думать, основываясь на множестве взаимодействующих причин, вам еще нужно будет помнить, насколько несовершенным является наше нынешнее знание. Современное понимание этиологии через сотню лет (или гораздо раньше), возможно, покажется до смешного упрощенным или неверным. Часто бывает полезно признаться в этом родителям: догматическое заявление, что вы знаете всю истину о причинности может быть принято гораздо хуже, чем гораздо более оправданное утверждение, что вы, вероятно, знаете достаточно для того, чтобы дать некоторые полезные советы по лечению.

Если вы проводите оценку с целью поиска известных факторов риска и спрашиваете о них, вам придется охватить много сфер. Традиционное внимание к семейным факторам в некоторой степени обоснованно, поскольку семья снабжает нас генами и создает важную часть окружающей среды. Так, семейная история при синдроме Турсетта может быть важна в плане генетики, в то же время история родительских разногласий может быть важна в плане окружающей среды, а история психических заболеваний родителей может быть важна и в плане генетических, и в плане средовых последствий. Большинство детей проживает в трех различных социальных мирах: семье, школе и культуре сверстников. Не ограничивайте ваш интерес к средовым факторам социальным миром семьи – школьные факторы, такие как козел отпущения у учителя, и факторы сверстников, такие как издевательство, могут быть, по меньшей мере, столь же важны.

Спросите также о негативных событиях жизни и хронических социальных проблемах. Физическое и психологическое обследования также могут вскрыть не выявленные ранее факторы риска психиатрических проблем. Например, на основании достаточно полной истории болезни и соответствующего физического обследования можно предположить, что у ребенка имеется расстройство с деменцией, легкий церебральный паралич, сложные припадки или алкогольная фетопатия – и это служит основанием для направления к специалисту для более определенного заключения. Психометрическая оценка может выявить низкий IQ и специфические проблемы с обучением, которые, к сожалению, могли пройти незамеченными в школе.

## **Сильные стороны**

Если бы вы спрашивали только о симптомах, влиянии и факторах риска, ваше внимание было бы сосредоточено исключительно на негативном, подробно задерживаясь на том, что не в порядке у этого ребенка и в этой семье. Очень важно также установить, что у этого ребенка и в этой семье в порядке. Выявление факторов защиты может прояснить, почему у этого ребенка легкое, а не тяжелое расстройство. Можно также выявить факторы защиты, действующие не у ребенка, направленного к врачу, а у его сиблингов, и это поможет объяснить, почему в этой семье расстройство развило только у одного ребенка. Значимые факторы защиты включают чувство собственного достоинства, обусловленное какими-то успехами, близкие поддерживающие отношения со взрослым и легкий темперамент.

Ваш план лечения должен быть выстроен на сильных сторонах ребенка и семьи (а также на сильных сторонах школы ребенка и более широкой социальной сети). И хотя цель лечения определяется тем, что не в порядке, выбор лечения часто зависит от того, что в порядке. Вам следует разрабатывать план лечения так, чтобы использовать сильные стороны ребенка, такие как способность заводить друзей или реагировать на похвалу, и сильные стороны родителя, такие как открытость, для попыток применить в семье новые подходы.

Если вы будете останавливаться исключительно на негативном в жизни ребенка, он сам и его семья могут уйти с обследования, чувствуя себя эмоционально изничтоженными – и соответственно меньше желая вернуться. Мы живем в обществе, которое обычно за проблемы детей винит родителей. Если ребенок закатывает истерику в магазине, большинство прохожих будет смотреть на сопровождающего его родителя не сочувственно, а укоризненно. Родители подвергаются обвинениям и часто сами в душе не уверены, виноваты они или нет. С одной стороны, они обычно разделяют общественное мнение, что причина детских проблем – в родителях, и большинство родителей могут установить, что их методы воспитания были во многом далеки от совершенства. С другой стороны, большинство родителей, которых вы принимаете в клинике, чувствуют также, что они ничем не хуже и не лучше других родителей, у которых дети, кажется, в полном порядке. Многие родители боятся, что вы будете судить их и «признаете виновными», и могут в ожидании этого обижаться и обороняться. Одна из главных ваших задач – показать, что вы считаете их не дефектными в корне людьми, а личностями, у которых, как и у остальных, есть свои сильные и слабые стороны. Интервью предоставляет множество возможностей отметить положительные вещи, которые делают они и их ребенок, избегая покровительственного тона. Если родители начнут чувствовать, что вы не против них, они значительно вероятнее примут план лечения, который вы рекомендуете, в том числе и предложения об изменениях с их стороны. Если вы объединитесь с ребенком против родителей – а это обычное искушение для начинающих – вы, скорее всего, достигнете только того, что удвоите нападки родителей на ребенка и воспрепятствуете повторному посещению клиники семьей.

Когда вы встречаете родителей, слабости которых особенно бросаются в глаза, жизненно важно, чтобы вы приложили еще больше усилий, чтобы выявить их сильные стороны. Это не означает, что вы должны закрывать глаза на их затруднения с воспитанием: эти затруднения могут потребовать целенаправленного лечения и даже стать основанием для возбуждения дела об опеке, - но вам необходимо помнить (и ради вашего собственного блага и ради их блага), что у

таких родителей, невзирая на собственную душераздирающую историю, есть свои сильные стороны. Родители, как правило, вкладывают огромное количество сил в воспитание. И хотя успешные родители могут вкладывать больше сил, обычно они также гораздо больше получают от своих детей, поэтому неудачливые родители, может быть, вкладывают больше сил на единицу награды, чем успешные!

Иногда полезно определить предъявляемую проблему как оборотную сторону медали – ценностного достоинства. Например, упрямый ребенок, наблюдающийся в клинике по поводу вызывающего и деструктивного поведения дома и в школе, может также проявлять впечатляющую решимость преуспеть вопреки неприятностям. Подобным образом, чувствительный ребенок, терзаемый всевозможными тревогами, может проявлять восхитительное сочувствие и понимание других. Установление любой черты как одновременно и хорошей, и плохой, а не исключительно плохой, может в каждом случае сделать ее более удобной для жизни. Помимо этого, иначе определяется задача терапии: она не в том, чтобы уничтожить черту (что, скорее всего, совершенно невозможно), но в том, чтобы уменьшить ее неприятные последствия.

## **Объяснительная модель семьи**

Мы истолковываем эмоциональные и поведенческие трудности детей в зависимости от нашего культурного и профессионального багажа. В этой книге используется набор *объяснительных моделей*, выведенных из эмпирически ориентированной детской психиатрии. Другие специалисты, например социальные работники, педагогические психологи или психотерапевты, могут применять другой набор объяснительных моделей, приводящих к радикально отличным формулировкам, даже если они наблюдают того же самого ребенка и семью. Легко забыть, что у коллег из других областей - другие объяснительные модели, и это упущение может сильно затруднить общение. То же самое можно сказать по поводу общения между специалистами и семьями, поскольку специалисты, полагая, что все правильно мыслящие члены общества придерживаются таких же, как и они, взглядов, хотя и менее проработанных, часто не осознают, что у семей могут быть свои собственные специфические объяснительные модели.

Еще мало что известно о спектре объяснительных моделей, определяющих, как семьи различного социального и культурного происхождения думают об эмоциональных и поведенческих трудностях детей. Тем не менее, ясно, что у членов общества часто имеются сложные объяснительные модели, касающиеся этиологии, феноменологии, патофизиологии, хода развития и лечения, и существенно отличающиеся от тех, которых придерживаются врачи и другие специалисты. Другими словами, семьи приходят в клинику с ожиданиями, которые могут радикально отличаться от ваших собственных. Вам не следует пытаться угадать взгляды семьи, основываясь на стереотипном мнении об их социальном классе и культуре; единственный разумный способ выяснить, что они думают, – это задать им открытые вопросы и внимательно выслушать их ответы.

После того, как вы спросили семью о предъявляемой жалобе, легко перейти к вопросам о том, как они представляют себе эту проблему, из-за чего, по их мнению, она возникла, и как они думают, ее можно изучать и лечить. Некоторые семьи будут казаться озадаченными и скажут, что они не знают, и что это вам надо сказать им. Но многие скажут вам такие вещи, о которых несложно догадаться. Например, вы можете узнать, что родители ребенка с плохой сосредоточенностью боятся, что у него опухоль мозга, или думают, что ему необходимо сканирование мозга, или верят, что вы сможете снять симптомы гипнозом. Если бы вы их не спросили, они могли бы вам никогда этого не сказать, уйти разочарованными и никогда не вернуться назад. Стоит также спросить родителей, высказывали ли другие важные люди, включая бабушек и дедушек, друзей, соседей и учителей, твердые убеждения о причинах, обследовании или лечении. Например, мать ребенка может сказать вам, что ее свекровь очень настаивает на том, что проблемы у ребенка появились из-за того, что мать всегда работала и недостаточно времени проводила со своим ребенком.

Знакомство с объяснительными моделями дает вам возможность изложить в конце исследования свои взгляды наиболее подходящим для людей способом. Вы можете объяснить им, что симптомы совершенно не похожи на те, что бывают при опухоли мозга, что сканирование не изменит лечения и что, хотя вы специально и не обучались гипнозу, даже профессиональный гипнотизер вряд ли сильно поможет в этом случае. Вы также можете упомянуть, что качество дошкольного учреждения, которое они выбрали для ребенка, не дает оснований для озабоченности, и что нет никакой научной основы для обвинений работающих матерей в гиперактивности при хорошем качестве ухода за ребенком. Вы можете также сказать, что были бы рады дополнительно обсудить это с бабушкой ребенка, если семья захочет. Некоторые семьи держатся за свои объяснительные модели с огромным упорством, но большинство охотно изменят их, если вы не пожалеете времени и представите факты. Будет очень жаль, если в конце тщательного исследования, на которое семья, возможно, возлагала большие надежды, из-за недостаточного изучения объяснительных моделей семьи и вы, и они останетесь каждый при своем мнении и недовольными друг другом.

## **НЕСКОЛЬКО СОВЕТОВ КАК ЭТО ДЕЛАТЬ**

Какими средствами вы будете пользоваться, чтобы ответить на пять ключевых вопросов и влечь семью? Нет таких твердых и быстрых правил, которые бы подошли всем клиникам, всем клиницистам, всем семьям и ко всем предъявляемым жалобам. Здесь особенно может помочь руководство хорошего клинициста. Может быть очень поучительно поприсутствовать на ряде оценок, которые проводят старшие коллеги. Остальная часть этой главы занята разными предложениями «как это делать», которые в большей степени ориентиры, чем жесткие рецепты.

### **Как это: собирать историю болезни у родителей?**

Будучи подготовленным клиническим интервьюером, вы не должны быть всего лишь говорящим опросником. Если вам нужны только ответы родителей на фиксированный набор заранее подготовленных вопросов, им гораздо легче и быстрее будет заполнить опросник, разве что если они плохо читают. Один из способов интервьюирования, известный как «полностью структурированное» интервью или интервью «на основе респондента», не достигает чего-либо большего, чем устно предъявляемый опросник. Формулировка вопросов подготовлена заранее, способ расспрашивания – «закрытый», требующий ограниченного набора возможных ответов: часто это ответы «да – нет» или же оценка частоты, длительности или тяжести. Опросники и полностью структурированные интервью широко используют в качестве исследовательских и клинических инструментов, т.к. их предъявление отличается быстротой, легкостью, дешевизной и стандартизованной манерой. Их основное ограничение в том, что ответы родителей иногда больше говорят об их мнениях (или о непонимании используемых терминов), чем о ребенке.

Другой способ интервьюирования, известный как «полуструктурированное» интервью или интервью «на основе интервьюера», может помочь вам перейти от родительских *взглядов к наблюдениям*, на которых они свои взгляды основывают. Ожидается, что интервьюер будет задавать любые вопросы, необходимые для того, чтобы извлечь информацию у родителей, нужную *интервьюеру* для того, чтобы решить, имеется или нет конкретный симптом (или нарушение или фактор риска). Чтобы сделать это, интервьюеру часто понадобится использовать «открытые» вопросы, которые дают родителям возможность задействовать широкий круг возможных ответов. Как правило, очень полезно получить детальные описания недавних случаев поведения, о котором идет речь.

Это может прояснить такой пример. Один из вопросов в опроснике или полностью структурированном интервью может быть: «Есть ли у вашего ребенка проблемы со сосредоточением?» Если родитель ответил «Да», вы по-прежнему не будете знать, действительно ли у ребенка

объективно плохое сосредоточение или же родители устанавливают нереалистично высокие стандарты (или не поняли вопрос). При полуструктурированном подходе применяют смесь открытых и закрытых проб, чтобы побудить родителя описать, пользуясь недавними примерами, как долго ребенок может поддерживать конкретную деятельность без переключения с одного дела на другое: играть одному, играть с друзьями, смотреть телевизор, рассматривать книгу и т.п. Затем на основе этих фактов вы сами можете решить, соответствует ли сосредоточение ребенка дома возрастной норме или нет.

Подобные методы можно применять при исследовании раздражительности, боязливости и любой другой заявленной области проблем. Иногда существенно исследовать также, почему родители не озабочены. Например, если учителя сообщают о больших проблемах со сосредоточением, а родители – нет, важно исследовать, действительно ли ребенок достаточно хорошо сосредотачивается вне школы или же у родителей необыкновенно низкие ожидания.

Полуструктурированное интервьюирование - ценная техника, но вам надо быть осторожными, чтобы не переусердствовать в этом, иначе интервью может идти часами! Один из выходов – использовать опросники или полностью структурированное интервью для общего обзора, а затем применить полуструктурированное интервью, чтобы узнать больше деталей о наиболее важных аспектах этого случая. Если вы найдете время получить от родителей описание типичного дня ребенка, возможно вчерашнего, это может стать ярким прожектором, проливающим свет не только на симптомы и вызванные ими нарушения, но и на семейную жизнь, тактику воспитания и выражение чувств.

Вот одна из возможных схем сбора истории болезни у родителей.

### (1) *Предъявляемая жалоба*

Когда это началось? Когда последний раз все было в порядке или он этого не делал? Как это проявляется? Как часто? Когда? Всегда старайтесь получить конкретный пример и не принимайте общих утверждений. Что происходит непосредственно перед тем, как это случается? А после? Как вы реагируете? Что в результате? Как это влияет на остальных членов семьи? Почему вы пришли в связи с этим сейчас?

- Обзор других симптомов: эмоций, поведения, внимания и активности, соматических - сна, питания, опорожнения мочевого пузыря и кишечника, болей, тиков.

### (2) *Текущее функционирование*

- Типичные занятия в течение дня: одевание, еда, игры и досуг, укладывание в кровать, сон. Сильно ли это отличается в выходные? Насколько сильно родители заняты ребенком?
- Социальные отношения:  
Друзья: Есть ли? Что именно они делают вместе? Ходят ли они друг к другу домой? Как часто? Застенчив/а? Может соблюдать очередность? Лидер или ведомый? Сексуальность?  
Взрослые: Как ребенок ладит с каждым из родителей? С другими людьми, которые за ним смотрят? Что они думают о ребенке? Бывают ли хорошие времена? Когда?  
Сиблинги: С кем он/а проводит время? Кого любит? Не любит? Ревнует?

### (3) *Семейная история*

- Построение: Нарисуйте родословную («генограмму»). Узнайте немного подробностей о каждом родственнике, включая медицинские и психиатрические проблемы. У ближайших членов семьи отметьте возраст, род занятий, что они собой представляют.
- Взаимоотношения: Как родители ладят друг с другом? Поддерживают ли они друг друга? Каковы их ожидания по отношению к ребенку? Каково было их собственное детство? Соглашаются ли они по поводу правил и методов дисциплины? Споры? Как ладят между со-

бой дети? Кто с кем близок? У кого чаще всего возникают проблемы? У кого реже всего? Насколько по-разному с ними обращаются?

- Обстоятельства: Жилье. Долги. Изменились ли недавно обстоятельства? Были ли контакты с социальными службами?

#### (4) **Личная история**

- Рождение и младенчество: Запланированный и желанный? Каким он/а был/а в младенчестве? Основные вехи развития – были раньше или позже, чем у сиблиングов или у младенцев друзей?
- Школы: Имена и даты. Трудности в классе, на игровой площадке или в малой группе? Академическое функционирование: положение в классе, учится ли ниже своих возможностей, получает и должен ли получать специальную помощь? Социальное функционирование: друзья, характер игры.
- Физическое здоровье: Припадки и обмороки, заболевания, госпитализация, обращения к психиатру.

#### **Как это: принимать ребенка одного?**

Не набрасывайтесь на трудные темы – очевидно, что лучше всего вовлечь ребенка, начав прежде всего с приятных и нейтральных тем или занятий. Равным образом, не старайтесь сделать интервью настолько забавным, чтобы совсем не коснуться трудных тем (хотя вы можете захотеть отложить некоторые трудные темы до второго интервью).

- Дети старше пяти: Вам следует обоим сесть. Часто бывает полезно попросить ребенка нарисовать что-нибудь. Беседуйте и пользуйтесь прямыми вопросами.
- Дети до пяти: Наблюдайте игру, играйте сами, беседуйте и меньше пользуйтесь прямым расспрашиванием.

#### **Что охватывать?**

(1) Это хорошая возможность наблюдать:

- (1) Активность и внимание. Ребенок вертлявый и беспокойный? Он (или она) все время слезает со стула и бродит вокруг? Его (или ее) трудно побудить упорно продолжать задание? Он (или она) легко отвлекается посторонними стимулами?
- (2) Качество социальных взаимодействий. Он (или она) вначале проявляет слишком много или слишком мало беспокойства по поводу того, чтобы пойти с вами? Ребенок интересуется общением? С ним (или ней) хороший зрительный контакт? Он (или она) говорит с вами или отпускает *насчет вас* замечания? Он (или она) неуместно дружелюбен, фамильярен или нахален? Какие чувства вызывает у вас общение?
- (3) Уровень развития. Примите во внимание сложность речи, мыслей, рисунка и игры.

(1) Спросите, что любит ребенок, и обсудите это, что бы то ни было: смотреть или заниматься спортом, беседовать с друзьями, играть в видеоигры, готовить еду или что-нибудь еще. Это поможет вовлечь ребенка и покажет ему (ей), что вы тоже человек!

(2) Вы можете спросить об эмоциональных симптомах. Нередко бывает, что старшие дети испытывают значительную тревогу или страдание, а их родители об этом не знают. Дети ред-

ко сами делятся информацией о своих навязчивостях и компульсиях, пока их прямо об этом не спросят – они часто стыдятся признать такие «сумасшедшие» симптомы. Многое из этого относится и к симптомам посттравматического стрессового расстройства.

- (3) Спросите о друзьях, о том, дразнят или издеваются; сведения, полученные от ребенка, могут значительно отличаться от сведений родителей и учителей.
- (4) Часто стоит задать общий вопрос о нераскрытых травмах или насилии: «Иногда с детьми случаются мерзкие и страшные вещи, и им трудно рассказать об этом кому-нибудь. Случалось ли когда-нибудь с тобой что-нибудь такое?» Иногда необходимо также спросить о насилии более откровенно.
- (5) Как ребенок оценивает свою биографию и текущую жизненную ситуацию? Какой отчет может ребенок дать о проблемах, которые привели к специалисту? В первом интервью вы сможете исследовать лишь несколько тем, но это даст вам возможность лучше почувствовать ребенка. Иногда полезно попросить ребенка описать типичный день в мельчайших деталях или дать подробный отчет о последнем случае «проблемного поведения». «Что бывает, когда ты ведешь себя плохо? Как реагирует мама, когда ты это делаешь?» Часто можно многое открыть, узнав точку зрения ребенка на такие потенциально важные события жизни, как смерть дяди или дедушки (даже если родители ранее сказали вам, что на ребенка это не повлияло).
- (6) Оценка может привести к непосредственной работе с ребенком. Это ваша первая возможность вовлечь ребенка. Интервью, по самой меньшей мере, должно смягчить опасения ребенка о том, что посещение специалиста обязательно должно быть неприятным. Многие дети приходят в клинику с самыми разными пугающими предположениями – иногда потому, что их родители использовали направление в клинику в качестве угрозы. Они, например, могут бояться, что их будут ругать, заберут в учреждение, отдадут под опеку или сделают им больно. Не забывайте объяснять, что будет происходить и смягчайте страхи, где возможно.

### **Как это: наблюдать семью в целом?**

Присматривают ли родители за ребенком и устанавливают ли ограничения, когда это необходимо? В какой степени родители проявляют чуткость и поддерживают ли они ребенка, если у него имеются признаки тревоги или страдания? Сколько тепла и критики выражают родители по отношению к ребенку? (NB: тепло и критика не зависят друг от друга, и не являются двумя сторонами одной медали).

Есть ли явные противоречия между родителями? Они противодействуют друг другу или поддерживают друг друга? Кто ведет разговор? Они замечают свои разногласия? Если так, то достигают ли они общего мнения?

Как относятся друг к другу сиблинги? В чем проявляются различия в обращении родителей с разными детьми? Имеются ли в семье определенные группировки, например, «мамин» ребенок, «папин» ребенок или отец и сын объединяются против матери?

Как ребенок ведет себя с родителями? Варианты включают: имея в них надежную основу, исследует окружающее, вмешивается в их разговор, игнорирует их просьбы или противоречит и наблюдает за ними на расстоянии.

Что делает ребенок с имеющимися в его распоряжении игрушками? Что вы можете отметить по поводу формы игры? Есть ли в ней воображаемое? Какой уровень развития она предполагает? Есть ли в содержании игры какие-либо примечательные темы (например, сексуальные элементы в кукольной игре)? Остерегайтесь слишкомспешных интерпретаций коротких игровых эпизодов.

## **Как это: получать информацию от учителей?**

Поведение детей в школе часто заметно отличается от их поведения дома. И хотя родители обычно могут сообщить вам, что учитель жаловался или выражал озабоченность по поводу их ребенка, лучше всего получить информацию в школе из первых рук – если это вообще возможно и если родители согласны, чтобы вы обратились в школу.

Установив, к кому следует обращаться, вы можете написать и попросить их высказать свое мнение и предоставить копию недавнего школьного рапорта. Часто бывает полезно, чтобы учитель заполнил краткий скрининговый опросник, такой как «Сильные стороны и трудности» ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)). Поскольку учителя имеют значительный опыт и знают, что можно ожидать от детей определенного возраста, их мнение, как правило, бывает верным. В то время как ответы родителей на опросники обычно нуждаются в уточнении в процессе полуструктурированного интервью, ответы учителей вполне уместно принять такими, как они есть. Хотя иногда полезно перезвонить учителю по телефону, чтобы глубже изучить один или два вопроса, заслуживающих особого внимания. Несмотря на то, что обычно учителя – превосходные наблюдатели, они могут пропустить или неправильно истолковать некоторые симптомы. На занятиях в классе деструктивное поведение обычно гораздо заметнее, чем эмоциональные симптомы. Вследствие этого, учителя могут пропустить тревогу или депрессию, если только они не приводят к разительному падению количества или качества работы ребенка. В отношении подавленных детей может даже показаться, что они стали лучше себя вести. Так, в одном исследовании уровень проблем, по данным учителей, полученным с помощью стандартизованных опросников, пошел вниз после катастрофы. Распознавание гиперактивности в классе может тоже составить проблему, если у ребенка имеются трудности при обучении или ему не нравится учебная работа. Если дети не могут выполнять работу или у них нет к ней никакого интереса, они часто могут казаться в классе невнимательными или отвлекающимися. Представьте, как будет вести себя любой ребенок, если его поместить в класс, где изучают язык, который он не понимает, – он тоже может показаться в высшей степени отвлекаемым или станет под любым предлогом бродить по комнате! Что вам действительно нужно знать, чтобы установить диагноз гиперактивности, это беспокоен ли и невнимателен ребенок, когда он занят заданиями, которые интересуют его и находятся в пределах его возможностей. Печально, что некоторые дети никогда не занимаются такими заданиями в школе. И, наконец, как было отмечено раньше, учителя иногда не знают о проблемах взаимоотношений со сверстниками, потому что дети, которые в классе кажутся умеренно популярными у одноклассников, на игровой площадке могут быть изолированы или подвергаться преследованиям, без того, чтобы учителя обязательно это заметили.

Если есть сведения, что у ребенка выраженные проблемы в школе, часто очень полезно пойти в школу и понаблюдать за ребенком в классе и на игровой площадке. Многое можно узнать, увидев, например, насколько ребенок беспокоен, невнимателен и импульсивен в классе и на игровой площадке, даже если он (или она) достаточно хорошо контролировал себя с вами и другими взрослыми в клинике, или обнаружив, что ребенка постоянно ругает крайне требовательный учитель с недостаточными навыками управления классом.

## **Как это: провести физический осмотр?**

Систематическое наблюдение за физическими особенностями и способностями ребенка является существенной частью полной психиатрической оценки. В первую очередь смотрите на:

- (1) Признаки соматического расстройства, которое определено или вероятно поражает мозг.  
Распознать «дефект в оборудовании» - важно; определить тип расстройства – менее важно, при условии, что ребенок будет направлен к специалисту. Существенные данные включают

аномальные неврологические признаки, признаки дисморфизма и кожные стигмы нейрокутанного синдрома.

- (2) Признаки пренебрежения или насилия. Наблюдение, взвешивание и измерение ребенка, а также вычерчивание полученных значений на соответствующей диаграмме роста, могут свидетельствовать о травмах и нарушении роста.

Тем, кто изучал медицину, не стоит сбрасывать со счетов заработанные тяжелым трудом медицинские навыки; если ребенок присутствует при оценке, вам следует всегда оставить немного времени, чтобы осмотреть его, будучи «в медицинском колпаке». Даже если вы ни разу не прикоснетесь к ребенку руками (а также молоточком и стетоскопом), вы можете многое узнать, просто глядя на лицо ребенка, его руки, походку и игру. Поэтому в течение того времени, когда вы видите ребенка, – в приемной, в ходе семейного интервью или в ходе индивидуального интервью – найдите возможность отвлечься от мыслей о взаимоотношениях в семье или о психиатрических симптомах и намеренно сосредоточьтесь на соматическом состоянии ребенка. Имеется ли у него синдром дисморфизма? (Если вы не распознаете его вскоре после того, как увидите ребенка, вы настолько привыкните к тому, как он выглядит, что вероятно уже никогда не заметите). Имеется ли у него неврологический синдром? Он вглядывается в вещи и напрягается при звуках? Есть ли видимые кровоподтеки, ожоги, укусы и другие возможные признаки насилия?

### **Какие дети нуждаются в неврологическом обследовании?**

В идеале вам надо обследовать всех детей, хотя бы для того, чтобы практиковаться в методах и узнавать о пределах нормального разнообразия. Если этому препятствует нехватка времени, вам надо, по меньшей мере, обследовать детей, имеющих один или несколько следующих признаков:

- (1) История с припадками или регрессией
- (2) Задержки развития или генерализованная недостаточная обучаемость
- (3) Аномальная походка
- (4) Не использует обе руки одинаково хорошо, например когда играет
- (5) Признаки дисморфизма
- (6) Кожные признаки нейрокутанного расстройства
- (7) Другие подозрительные признаки, например дизартрия.

### **Основное неврологическое исследование**

Стремитесь включить в ваше неврологическое исследование следующие пункты, хотя некоторые из них невозможно будет провести с очень маленькими детьми:

- (1) Измерьте окружность головы и нанесите на диаграмму.
- (2) Посмотрите, как ребенок ходит, бегает, ходит «по прямой линии» и прыгает.
- (3) Посмотрите, как ребенок стоит, ноги вместе, руки вытянуты, глаза закрыты.
- (4) Проверьте движения глаз, лица и языка.
- (5) Подвигайте и встряхните все четыре конечности (как часть игры), чтобы оценить тонус.
- (6) Проверьте силу: пирамидная слабость наиболее заметна при проверке отведения руки, разгибания кисти, отведения пальцев, тыльного сгибания стопы и большого пальца ноги.
- (7) Проверьте рефлексы.
- (8) Проверьте координацию: палец к носу, палец к большому пальцу, быстрое постукивание или «игра на пианино», надеть колпачок на ручку или продеть нитку в бусинку.

Если вы найдете аномалию (асимметрии чаще легче обнаружить, чем двусторонние изменения), ребенку, вероятно, необходимо дальнейшее обследование педиатра или детского невропатолога. Подобным образом, если вы заподозрите проблемы со зрением или слухом, совершенно необходимо обеспечить направление ребенка в соответствующую клинику.

## Врожденные синдромы

Их сотни, и только у некоторых известны причины – хромосомные, генетические или средовые. Когда вам следует заподозрить подобное? Самые лучшие ключи – признаки дисморфизма, такие как странно выглядящие черты лица или пальцы, а также предельные значения роста, веса и окружности головы (менее 3-го или более 97-го процентиля). Тщательно ищите признаки дисморфизма всякий раз, когда имеется генерализованная недостаточная обучаемость. Вот три примера:

- (1) **Синдром ломкой X-хромосомы.** Вероятно, самая распространенная причина наследственной генерализованной недостаточной обучаемости. Когда-то считалось, что поражает примерно 1 из 1000 новорожденных, но по последним оценкам, основанным на анализе ДНК, можно полагать, что частота ближе к 1 на 5000. Поражает и мужской и женский пол, но степень интеллектуальных нарушений у лиц мужского пола обычно больше. Соматические характеристики сильно варьируют и могут включать длинное лицо, выдающиеся уши, широкую челюсть, переразгибание суставов и большие яички после полового созревания. Но в равной степени внешний вид может быть нормальным. Ломкая X-хромосома сопровождается избеганием взгляда/социальной тревожностью и гиперактивностью, связь с аутизмом остается спорной. Синдром вызван избыточными повторами тринуклеотидов на определенном участке длинного плеча X-хромосомы и может быть установлен при прямом анализе ДНК.
- (2) **Фетальный алкогольный синдром.** Поражает до 1 из 300 новорожденных. Может вызывать до 10% легкой генерализованной недостаточной обучаемости. Малый рост, вес и окружность головы с рождения и далее. Короткие глазные щели, гипоплазия губного жгута (philtrum). Сопровождается гиперактивностью.
- (3) **Синдром Сотоса** (церебральный гигантизм). Спорадический. Непомерно большой рост, окружность головы и костный возраст, особенно в младшем возрасте. Высокий выпуклый лоб, выдающаяся челюсть, гипертelorизм и скошенные книзу глаза. Неуклюжесть. У большинства имеется генерализованная недостаточная обучаемость - легкая или пограничная. Сопровождается гиперактивностью и аутистическими проблемами.

## Нейрокожные расстройства

Эти расстройства включают характерные сочетания аномалий мозга и кожи (отражающие их общее эктодермальное происхождение). Распознание кожных проявлений позволит вам заподозрить «дефект в оборудовании». Три наиболее распространенных нейрокутанных расстройства:

- (1) **Туберозный склероз.** Это аутосомно-доминантное расстройство с варъиющей пенетрантностью и экспрессивностью. Часто это новая мутация. Поражения кожи включают: гипопигментированные пятна в формы листьев с рождения, лучше всего видны в УФ свете (свет Вудса); adenoma sebaceum – сыпь на лице в виде бабочки, редко заметна до двух лет, но к пяти годам имеется в половине случаев; грубое неправильной формы «шагреневое» пятно в поясничной области и шишкы (оклоногтевые фибромы) внутри и вокруг ногтей пальцев рук и ног. Часто встречаются тяжелая генерализованная недостаточная обучаемость, мла-

денческие судороги другие припадки. У пораженных детей обычно имеются аутистические признаки и гиперактивность, особенно если были младенческие судороги.

- (2) **Нейрофиброматоз-1** передается по аутосомно-доминантному типу с варьирующейся экспрессией. Поражения кожи включают пятна цвета кофе с молоком, их число и размеры с возрастом увеличиваются (так что к зрелому возрасту с высокой вероятностью будет иметься более пяти пятен диаметром более 1,5 см); веснушки под мышками; а также кожные и подкожные узелки, появляющиеся по ходу кожных нервов в позднем детстве. Различные нейропсихиатрические проявления отмечаются, но не подтверждены.
- (3) **Синдром Стерджса-Вебера** обычно спорадический. С рождения имеется портвейновый невус, захватывающий лоб и в разной мере нижнюю часть лица. Обычно односторонний, но может быть двусторонний. Поражение ипилатерального полушария приводит к припадкам, гемиплегии, генерализованной недостаточной обучаемости и разнообразным нейропсихиатрическим проявлениям.

## **ОБЪЕДИНЕНИЕ ВСЕГО ЭТОГО: ФОРМУЛИРОВКА**

После проведения полной оценки, у вас возникает возможность, советуясь, когда надо с другими членами команды, составить формулировку, которая выкристаллизует ваше мнение об этой ситуации, доведет обратную связь до семьи и того, кто направил ребенка, и будет направлять ваше последующее ведение. Формулировка включает следующие элементы:

- (1) **Социodemографическое резюме**, например: Таня – 7-летняя девочка, живет с матерью, отчимом и младшим сводным братом в однокомнатной квартире, которую они снимают в Нске.
- (2) **Клиническое предъявление**, например: Миша всегда был чрезмерно активен, невнимателен и импульсивен, а когда он пошел в школу, эти симптомы стали более выраженным и стали больше влиять на его жизнь.
- (3) **Диагноз**. Иногда это просто, например: Миша полностью соответствует диагностическим критериям синдрома дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) или и СДВГ и оппозиционно-вызывающего расстройства. В других случаях положение более сложное. Возможно, Мишины симптомы могли бы объясняться несколькими альтернативными диагнозами, и тогда вам придется рассматривать данные за и против каждого варианта, прежде чем вы придетете к заключению о вероятном диагнозе (или диагнозах), или предложите дальнейшие оценки или исследования, которые прояснят картину. Или возможно у Миши имеются элементы нескольких различных расстройств, но он не соответствует полностью критериям ни одного из них – вам может быть придется признать, что он попадает в трещину современных диагностических систем. Или может быть, что Танино страдание из-за того, что в школе ее дразнят, дома перенаселенность и мать с отчимомссорятся, дает основание для понимания и помощи, но не для диагноза.
- (4) **Причинность**, например: у Саши появились тики и обсессивно-компульсивное расстройство вслед за стрептококковой инфекцией, связующим звеном, вероятно, послужила аутоиммунная реакция; или: посттравматическое стрессовое расстройство у Кати следовало заекскуальным насилием, совершенным приходящим воспитателем; или: Сережино деструктивное поведение может отражать сочетание конституциональной ранимости, связанной с фе-

тальным алкогольным синдромом, и недостаточного родительского воспитания, связанного с продолжающимися алкогольными проблемами и депрессией у его матери.

- (5) **План ведения**, в т.ч. необходимость психолого-педагогической работы с ребенком, семьей и школой, а также все конкретные виды психологической и фармакологической терапии. План должен основываться на сильных сторонах ребенка и семьи и усиливать их еще больше.
- (6) **Прогнозируемый исход**, например: Катина специфическая фобия зубных врачей, скорее всего, пройдет после короткого курса поведенческой терапии и, вероятно, не повторится; расстройство поведения у Васи, скорее всего, будет продолжаться, и в долгосрочной перспективе потребует дорогой цены от него и от общества, если он не получит соответствующего интенсивного лечения, такого как мультисистемная терапия.

Непросто построить формулировку, обладающую точностью, краткостью и полезностью, и лучший способ научиться – это практиковаться в мастерстве и получать обратную связь от более опытных коллег.

### **Обзоры по теме**

Angold A. (2002) Diagnostic interviews with parents and children. In: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 32-51.

Rutter M., Taylor E. (2002) Clinical Assessment and Diagnostic Formulation. In: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 18-31.

### **Дополнительное чтение**

Jones D.P.H. (2003) Communicating with vulnerable children: a guide for practitioners. London: Gaskell.

## Глава 2 КЛАССИФИКАЦИЯ

### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППИРОВКИ: ПРИНЦИПЫ

#### Сделать ее полезной

Классификация должна способствовать контактам между клиницистами и исследователями, а не быть упражнением типа «трайнспоттинг»<sup>1</sup>, которое делают ради самого упражнения. Классификация расстройства ребенка должно быть чем-то большим, чем простым «наименованием составных частей»<sup>2</sup>; оно должно дать полезные наводки по этиологии, сопутствующим проблемам (и этим направить дальнейший расспрос и исследование), выбору лечения и прогнозу. Обычно для всех этих целей можно пользоваться одной классификацией. Однако время от времени бывает необходимо использовать разные классификации для разных целей. Например, клиницисты обычно стремятся классифицировать шизофрению и шизотипическое расстройство личности раздельно, поскольку у них совершенно разные последствия, требующие разного лечения и прогноза. Однако для исследователя-генетика, может быть, более оправдано объединить и то и другое в одну категорию «расстройств спектра шизофрении».

Как мы решим – следует ли диагностическая схема природе или накладывает произвольные деления, расчленяет ли она природу «по суставам» или слепо разрубает кости? Для начала, диагностическая категория вряд ли будет полезна, если индивидуумы с этим диагнозом не будут значительно отличаться от индивидуумов с другими диагнозами. Эти различия должны простираться гораздо дальше определяющих характеристик диагностической группы. Например, в случае расстройства поведения нам необходимо знать, что дети с расстройством поведения отличаются от детей с другими психиатрическими расстройствами не только тем, что у них больше проблем с поведением (это просто следствие используемых определений), но и в других отношениях - таких, например, как соотношение полов, возраст начала, социально-экономическое положение или связь с проблемами в учебе. Более того, по меньшей мере, некоторые из признаков, на которых основано разграничение детей с различными диагнозами, должны быть клинически значимыми. Так, если дети с двумя диагнозами различаются только по соотношению полов и социально-экономическому положению, эти диагнозы следует объединить, а не оставлять отдельными. Демографические переменные, конечно, следует изучать, но некоторые различия между диагностическими группами должны иметь более непосредственное отношение к этиологии, сопутствующим проблемам, реакции на лечение или прогнозу.

Может быть, что диагностические категории удовлетворительные, а классификация в целом неудовлетворительная. Это бывает, когда слишком большое число случаев не соответствует критериям ни одной категории и должно быть подведено под «атипичную» или «смешанную» категорию. Идеальная классификация настолько обоснована и настолько всеобъемлюща, насколько это возможно, но две эти цели часто тянут в противоположном направлении.

#### Феноменология прежде всего

И в детской, и во взрослой психопатологии классификация все больше и больше становится направленной на предъявляемые признаки каждого расстройства, а не на предполагаемые этиологию или патогенез. При таком определении расстройств можно изучать этиологию и патогенез «открытым умом». Диагностические категории, основанные на патогенезе, такие как «минимальное повреждение мозга» или «реактивный психоз», как правило, препятствуют прогрессу в исследованиях и в клинике, а не способствуют ему. По тем же причинам, последние классификации эпилепсии также придают особое значение предъявляемым признакам, а не предполагаемым органическим обоснованиям, например «сложные парциальные припадки», а не «эпилепсия височной доли». И хотя большая часть детских психических расстройств теперь определяется только на основе феноменологии, некоторые расстройства, такие как «реактивное

расстройство привязанности» и «посттравматическое стрессовое расстройство», определены с точки зрения и феноменологии, и предполагаемой причины.

### **Размерности или категории?**

Некоторые аспекты детской психопатологии, по-видимому, отражают крайние значения континуума, продолжающегося в область нормы, при этом у многих (или у всех) детей те же самые признаки проявляются в меньшей степени. Не является ли проведение границы между нормальным и ненормальным всего лишь произвольным, хотя и удобным способом преобразовать размерность в категорию? Иногда это так. Однако в других случаях индивидуумы с крайними значениями на самом деле являются особым случаем. Существует три возможных указания на разрыв между нормальными и крайними значениями. Во-первых, распределение может быть бимодальным, например с добавочным горбом в хвосте основного распределения (как при тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости). Во-вторых, может быть пороговый эффект. При торможении поведения, например, выраженное торможение в раннем возрасте позволяет предсказать застенчивость в дальнейшем, тогда как умеренное торможение не имеет такой предсказательной ценности. И, наконец, индивидуумы с крайними и более умеренными значениями по какой-либо конкретной шкале могут качественно различаться и в других существенных отношениях. Так, легкая генерализованная недостаточная обучаемость часто связана с социальным неблагополучием и обычно не связана с неврологическими аномалиями, тогда как тяжелая генерализованная недостаточная обучаемость реже связана с социальным неблагополучием и гораздо чаще - с неврологическими аномалиями.

Чтобы еще больше усложнить дело, иногда и размерная, и категориальная классификация одних и тех же явлений бывают ценными, но для разных целей. Подходящий пример дает холестерин крови. Взаимосвязь между уровнем холестерина и риском ишемической болезни сердца имеет характер «доза-реакция», при этом наибольший риск в популяции присущ большому числу индивидуумов со значениями «высокой нормы», а не малому числу индивидуумов с крайне высокими значениями. В этом отношении высокий уровень холестерина лучше всего считать размерным, а не категориальным расстройством. В то же время, индивидуумы с крайне высокими значениями холестерина – особенная категория с этиологической точки зрения, их расстройство - менделевского типа, а не многофакторно-полигенного.

### **Выявление размерностей и категорий**

Сейчас существуют методы многомерной статистики, помогающие выявить размерности и категории расстройства. И хотя факторный и кластерный анализ сложны в деталях, общие принципы, лежащие в их основе, относительно легко понять без погружения в математику (см. вставки 2.1 и 2.2). Факторный анализ используют для выявления размерностей, а кластерный – для выявления категорий. Факторный анализ классифицирует *признаки индивидуумов*, тогда как кластерный анализ классифицирует *самых индивидуумов*.

### **Устойчивое или ситуационное?**

При проблемах с гиперактивностью, а возможно, и при проблемах другого типа, диагностические схемы все больше подчеркивают различие между устойчивыми и ситуационными расстройствами. Устойчивые расстройства проявляются в широком спектре повседневных обстановок (например, дома и в школе), тогда как ситуационные расстройства проявляются только в ограниченном диапазоне обстановок (например, дома, но не в школе). Устойчивость предполагает, что основными являются конституциональные особенности ребенка, тогда как ситуационная специфичность предполагает, что более важно установить, что особенного в этой конкретной обстановке (или в этом конкретном информанте).

## **Вставка 2.1 Факторный анализ «Сделай сам»**

Посмотрите на следующий список мер, которые могли быть определены в выборке взрослых. Сгруппируйте эти меры таким образом, чтобы они соответствовали двум размерностям.

- Рост
- Размер обуви
- Размер словаря
- Способность собирать головоломки
- Длина плеча до локтя
- Умение вычислять в уме

Вам будет нетрудно сгруппировать рост, размер обуви и длину плеча до локтя – сильно связанные между собой меры, указывающие на лежащую в их основе размерность, которую можно обозначить как «линейный рост». Три оставшихся меры также сильно связаны между собой и указывают на лежащую в их основе размерность, которую мы обычно называем «интеллект». Эти две размерности практически независимы – вы не ожидаете большой взаимосвязи между двумя группами переменных, например между ростом и размером словаря. Поздравляем! Вы выполнили факторный анализ – использовали свое интуитивное знание о взаимосвязанных и несвязанных мерах, чтобы выявить лежащие в их основе размерности.

## **Вставка 2.2 Кластерный анализ «Сделай сам»**

Посмотрите на следующий список различных животных и разделите их на группы:

- Черепаха
- Утконос
- Кошка
- Улитка
- Дельфин
- Крокодил
- Мышь
- Гигантский кальмар

Когда вы попытаетесь это сделать, вы, вероятно, выявите некоторые ключевые особенности и ограничения кластерного анализа. Во-первых, вы можете заметить, что то, как вы группируете животных, зависит от признаков, на которых вы сосредоточитесь. Если вы сконцентрировались на мерах величины и среды обитания, вы могли объединить дельфинов, крокодилов и гигантского кальмара вместе – как больших водных животных, и объединить улиток и мышей – как мелких наземных животных. Однако, если вы сосредоточитесь на морфологических и физиологических мерах, вы могли бы создать более типичную зоологическую таксономию, например, создать группу моллюсков, включающую улиток и гигантского кальмара. Вторая примечательная особенность кластерного анализа – то, что этот метод не указывает вам, сколько групп выявлять. Вы могли бы стремиться к решению из двух групп (например, моллюски vs позвоночные) или к решению из трех групп (например, моллюски vs рептилии vs млекопитающие). Вам нужно самим решать, какая степень объединения или разделения наиболее подходящая (а это зависит от того, как вы собираетесь использовать эту классификацию). И, наконец, случай утконоса со свойственным ему смешением признаков рептилий и млекопитающих напоминает о том, что некоторые индивидуумы находятся на полпути между соседними категориями, и, весьма произвольно, их либо относят к одной из этих соседних категорий, либо выделяют им свою собственную категорию.

Термин «устойчивое» при обсуждении детских психических расстройств, к сожалению, используется в двух весьма различных смыслах. «Устойчивая» гиперактивность или «устойчивое» страдание указывают на то, что проблемы присутствуют в разнообразных обстоятельствах. В то же время термин «устойчивое расстройство развития»<sup>3</sup> прежде всего указывает на тот факт, что при расстройствах аутистического спектра страдает множество сфер развития (в отличие от специфических расстройств развития, затрагивающих только одну сферу развития, например, чтение или речь). Это сбивает с толку, поскольку оба вида расстройств развития – устойчивое и специфическое – устойчивы в том смысле, что они присутствуют в разнообразных обстоятельствах.

## **Классифицировать индивидуумов с расстройством или семьи с расстройством?**

Диагноз «идентифицированного пациента» может направлять внимание не на тот организационный уровень, например на одного члена семьи, а не на всю систему семьи в целом. Обратным образом, семейные психотерапевты в своих формулировках могут совершать противоположные ошибки. Многоосевые диагностические системы потенциально представляют все лучшее из обоих миров, так как они могут регистрировать ненормальности и на индивидуальном, и на семейном уровне. К сожалению, общепризнанной и хорошо обоснованной системы для классификации семей с расстройством не существует.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППИРОВКИ: СОВРЕМЕННАЯ ПРАКТИКА**

### **МКБ-10 и DSM-IV**

В настоящее время используют две основные классификации: Международная классификация болезней (МКБ) Всемирной организации здравоохранения и Диагностическое и статистическое руководство (DSM) Американской психиатрической ассоциации. Раньше между этими двумя схемами было много различий, но последние версии (МКБ-10 и DSM-IV) пришли к весьма сходным классификациям. Стоит отметить, что МКБ-10 существует в клинической версии, где даются клинические описания и слегка импрессионистские *рекомендации* по диагностике каждого расстройства, и в исследовательской версии, где даются более четко определенные диагностические *критерии* – часто идентичные тем, которые используются в DSM-IV. Такое согласие примерно в такой же степени обязано международному сотрудничеству, как и росту научного знания. Мода по-прежнему важна для классификации, и вероятно, в течение многих лет еще будут осуществляться и небольшие, и более значительные модификации схем. Наши современные представления похожи на старинные карты почти совсем не исследованной территории – это лучше, чем ничего, если вы не будете слишком серьезно относиться к деталям.

## **Операциональный диагноз: плюсы и минусы**

И DSM-IV, и исследовательская версия МКБ-10 дают операциональные диагностические критерии многих расстройств. По каждому из этих расстройств имеются четкие критерии, которые должны быть соблюдены, прежде чем диагноз будет поставлен. Главное преимущество такого подхода в том, что различные клиницисты и исследователи, используя конкретное диагностическое обозначение, с большей вероятностью будут обращаться к сходным состояниям. Однако есть и недостатки. Критерии DSM и МКБ начинают воспринимать как Священное Писание, при этом с легкостью забывают, что критерии часто выстроены на очень шатком основании. Они стали и помощью, и смирительной рубашкой для клиницистов и исследователей. Более того, многие дети, несомненно, имеющие психические расстройства (т.к. у них имеются симптомы, приводящие к значительному страданию, вреду или к социальным нарушениям), не полностью

соответствуют критериям операционального диагноза и будут вынуждены получить одно из «неуточненных» обозначений. У большинства таких детей имеются частичные или недифференцированные синдромы. У детей с частичными синдромами имеются некоторые признаки операциональных расстройств, но их не хватает для достижения диагностического порога. Например, у многих детей имеются выраженные аутистические признаки, но они не охватывают всех критериев аутизма. У детей с недифференцированными синдромами имеется смесь симптомов разных операциональных расстройств, но они не достигают диагностического порога ни по одному из них. Это относится, например, к детям со смесью тревог, страхов, страдания и соматических жалоб. И поскольку другие дети, имеющие конstellации проблем, которые еще не признали, попадают в трещины современных схем, картированию в детской психиатрии предстоит пройти еще долгий путь.

## **Главные диагностические группировки**

Для детских психиатров имеют особое значение три широкие диагностические группировки (таблица 2.1). *Эмоциональные расстройства* иногда описывают как расстройства интернализации; это восходит к прошлым представлениям о том, что «стрессы» могут быть обращены во внутрь (интернализированы), приводя к беспокойствам, страхам, страданию, болям в животе и т.п. Аналогично *деструктивные расстройства поведения* иногда описывают как расстройства экстернализации, имея в виду, что «стрессы» могут также быть обращены наружу (экстернализированы), приводя к деструктивному, вызывающему, агрессивному или антисоциальному поведению, которое обрушивается на других. *Расстройства развития* – разнородная группа, характеризующаяся задержками и аномалиями развития функций, которые в норме в предсказуемой последовательности разворачиваются в результате биологического созревания. Разделение расстройств развития между различными дисциплинами в значительной степени обусловлено историей и удобством. Согласно традиции некоторые расстройства развития, в особенности аутистические, считаются первично психическими расстройствами. Энурез иногда считают проблемой детской психиатрии, хотя такая практика мало оправданна. Большинство расстройств развития сами по себе не считаются психическими, но они представлены в этой книге, потому что являются важными факторами риска детских психических расстройств.

**Таблица 2.1 Три главные диагностические группировки**

<b>Эмоциональные расстройства</b>	<b>Деструктивные расстройства поведения</b>	<b>Расстройства развития</b>
Тревожные расстройства	Расстройство поведения	Задержка речи/языка
Фобии	Оппозиционно-вызывающее расстройство	Задержка чтения
Депрессия	Гиперактивность	Аутистические расстройства
Обсессивно-компульсивное расстройство		Генерализованная недостаточная обучаемость
Некоторая соматизация		Энурез и энкопрез

Линия, разделяющая три главные группировки, проведена не всегда отчетливо. Гиперактивность, например, обычно включают в деструктивные расстройства поведения, хотя она также может считаться расстройством развития внимания и регуляции активности. Сходным образом, депрессию включают в эмоциональные расстройства, несмотря на то, что ведущим симптомом у детей и подростков иногда является раздражительность - в большинстве случаев это симптом деструктивных расстройств поведения.

По поводу того, до какой степени полезно подразделять главные группировки, мнения различаются. Например, до последнего времени мало кто из клиницистов видел несомненную пользу от подразделения эмоциональных расстройств на различные подгруппы, и МКБ-9 предлагала не много возможностей делать это. Однако последние двадцать лет маятник качнулся от объединения к расщеплению, так что и МКБ-10 и DSM-IV предлагают множество возможных подтипов эмоциональных расстройств. Маятник может снова качнуться, поскольку расщепление, вероятно, зашло слишком далеко; определенно трудно найти какого-либо ребенка с «чистым» вариантом какого-либо из новых диагнозов.

Качание маятника проявляется также и в том, в какой степени к детям относятся как к «маленьким взрослым», когда речь идет о диагнозе. Существует два противоположных взгляда на детство: один предполагает, что дети радикально отличаются от взрослых, как головастики от лягушек; другой взгляд - что дети и взрослые по существу сходны. Что касается направленности психиатрической классификации, то раньше преобладал взгляд "головастики и лягушки", но это постепенно ослабевает. При эмоциональных расстройствах там, где возможно, пользуются диагнозами взрослого типа, такими как дистимия или генерализованное тревожное расстройство, хотя все же есть несколько расстройств, специфических для детского возраста, например, тревожное расстройство в связи с разлукой. Расстройства развития и деструктивные расстройства поведения остаются специфическими для детства.

И, наконец, важно помнить, что проблемы психического здоровья детей не ограничиваются тремя главными группировками. Неминуемо есть расстройства, которые не укладываются в эту изящную трехчастную классификацию: ранняя шизофрения, первая анорексия, расторможенное расстройство привязанности, синдром Туретта и много других. Кроме того, многие специалисты по психическому здоровью детей тратят большое количество своего времени на работу, не обязательно касающуюся детей с формальным психиатрическим диагнозом. Это часто бывает, например, при оценке дисфункциональных семей, малолетних преступников или жертв насилия.

## **Многоосевой диагноз**

Диагностические обозначения, позволяющие группировать сходные случаи, – ценная помощь в клинической и исследовательской работе. Однако иногда вынужденность остановиться только на одном обозначении излишне ограничивает. Следует ли обозначить, что у этого пациента аутизм или генерализованная недостаточная обучаемость? Часто совершенно необходимо зарегистрировать и то, и другое. Эта идея была проведена далее в многоосевой оценке, которая является факультативной частью DSM-IV и многоосевой версией МКБ-10. В этих многоосевых схемах каждая ось отражает один важный аспект того, что предъявляет ребенок (табл. 2.2).

**Таблица 2.2 Многоосевые схемы МКБ-10 и DSM-IV**

<b>Ось МКБ-10</b>	<b>Ось DSM-IV</b>	<b>Аспекты ребенка</b>
1	I	Психическое расстройство, например тревожное расстройство в связи с разлукой
2	I	Специфические задержки развития, например расстройство чтения
3	II	Интеллектуальный уровень, например легкая генерализованная недостаточная обучаемость
4	III	Соматические заболевания, например эпилепсия
5	IV	Психосоциальное неблагополучие, например воспитание в учреждении
6	V	Адаптивное функционирование, например серьезная социальная недееспособность

Хотя многие могут решить, что пять или шесть осей - это, пожалуй, слишком много хорошего, у этой схемы есть преимущества. Не нужно решать, что имеется у ребенка – расстройство поведения, специфическое расстройство чтения или генерализованная недостаточная обучаемость – если имеются все три, каждое может быть закодировано. Равным образом не нужно решать, вызвана ли одна (или несколько) из этих проблем эпилепсией ребенка или воспитанием в учреждении – это кодируется независимо от того, кажутся ли они причинами или нет (таким образом, фиксируются данные, которые со временем могут быть использованы для статистического исследования взаимосвязей). Последняя ось дает возможность зарегистрировать, насколько психиатрические проблемы и нарушения развития ребенка мешают его (или ее) каждодневной жизни. Пять осей DSM-IV выполняют ту же работу, что и шесть осей МКБ-10, потому что DSM-IV допускает составные диагнозы по оси I, которая охватывает и психические расстройства, и специфические расстройства развития.

## **Обзор по теме**

Taylor E., Rutter M. (2002) Classification: conceptual issues and substantive findings. In: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 3-17.

## **Дополнительное чтение**

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, text revision; DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, Washington DC.

Taylor E. et al. (1986) Conduct disorder and hyperactivity: I and II. British Journal of Psychiatry, 149, 760-777. (В этом элегантном исследовании для выявления размерностей и категорий применяли соответственно факторный и кластерный анализ, а затем полученные результаты обосновывали, исследуя сопутствующие признаки, историю развития и эффект от лечения.)

World Health Organization (1993) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, Geneva.

## Глава 3 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

**Эпидемиологию** можно определить так: исследование распределения расстройств и сопутствующих факторов в определенных популяциях. Определенная популяция может быть репрезентативной выборкой сообщества, но может быть и группой высокого риска или особенно информативной выборкой, например все дети с гемиплегическим церебральным параличом в Лондоне или все дети, живущие в районе с высоким загрязнением свинцом.

### **ПРЕИМУЩЕСТВА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА**

- (1) Необходим для оценки частоты и распространенности – важен для планирования обеспечения службами всего населения.
- (2) Будучи свободными (или более свободными) от ошибок при направлении к врачу, эпидемиологические исследования являются более точными источниками информации о демографических характеристиках, сопутствующих проблемах и естественном ходе развития, чем клинические исследования. Все эти преимущества важны для исследований, направленных на улучшение классификации. Они также существенны для этиологии, т.к. предлагают (но не доказывают) причинные взаимоотношения, исходя из эпидемиологических взаимосвязей – сильных, дозозависимых и сохраняющихся даже при учете таких «помех», как социально-экономическое положение. Возможность различить причинные и непричинные взаимосвязи в эпидемиологических исследованиях становится больше, если исследование продолжительное или использует «естественный эксперимент», такой как усыновление, рождение двойни или миграцию.
- (3) Полезен для изучения факторов защиты. Например, почему некоторые дети, несмотря на воздействие язвительного супружеского конфликта, остаются хорошо приспособленными? Клинические исследования почти наверняка пропустят детей, которым воздействие защитных факторов помогло больше всех.

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ – НЕ ВСЕГДА НАИЛУЧШИЙ ПОДХОД**

- (1) Детальное исследование нескольких (нерепрезентативных) случаев может быть более полезным, чем поверхностное исследование большой репрезентативной популяции. Для понимания фенилкетонурии или общего пареза душевнобольных эпидемиологический подход не нужен.
- (2) Эпидемиологические исследования редко обращаются к патогенезу – для выяснения вовлеченных в него процессов необходимы другие подходы.
- (3) На практике эпидемиологические исследования редко включают оценивание вмешательства.

### **СТАДИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

- (1) *Определите* популяцию, которую нужно исследовать: район сбора данных, критерии включения; полная vs случайная vs стратифицированная случайная выборка. Примеры: случайная выборка одного из четырех трехлетних детей, живущих в Лондоне, или все дети Юго-Восточной Англии, недавно получившие тяжелую травму головы.
- (2) *Выявите* индивидуумов, которые соответствуют этим критериям. В выборках из сообщества выявление часто идет через какой-либо реестр населения (например, список детей для школ или для иммунизации). При редких расстройствах выявление часто идет через учре-

ждения, которые с большой вероятностью контактируют с нужными индивидуумами, это могут быть врачи, специальные школы или добровольные организации. При использовании множества источников (называемом «множественным установлением») можно выявить больше нужных индивидуумов, чем при использовании какого-либо одного источника. Но даже при множественном установлении остается риск пропустить некоторых пораженных индивидуумов, которым никогда не ставили диагноз и не направляли в специальную школу. И нет простого способа оценить величину этой проблемы.

- (3) *Привлеките* выявленных индивидуумов. Проблемы с привлечением гораздо легче заметить, чем проблемы с выявлением: проблемы с привлечением проявляются в низких долях участия. В идеале, все исследования должны сравнивать участвующих и не участвующих по всем имеющимся характеристикам.
- (4) *Оцените* испытуемых. Две основных возможности – полная оценка всех испытуемых (т.н. «одноэтапная процедура») или применение двухэтапной процедуры:

Этап 1: Используйте скрининговый тест - один или множество (например, опросники для родителей, учителей или самооценки), чтобы разделить выборку на «скрин-положительных» и «скрин-отрицательных» испытуемых.

Этап 2: Полностью оцените смесь «скрин-положительных» и «скрин-отрицательных» испытуемых, отбирая непропорционально много первых (например, 100 % «скрин-положительных» и 20 % случайно выбранных «скрин-отрицательных» испытуемых). Включение случайной выборки «скрин-отрицательных» испытуемых дает возможность определить, как часто в скрининговой процедуре отрицательные выводятся ошибочно.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ**

Первое крупное эпидемиологическое исследование психических расстройств в детстве было проведено Майклом Раттером с коллегами на острове Уайт примерно 40 лет назад. Не будет преувеличением сказать, что это исследование было началом научной детской психиатрии; его результаты удивительно хорошо выдержали проверку временем, и последующие эпидемиологические исследования подтвердили их и распространяли их в разных направлениях. Вставка 3.1, используя несколько последних общенациональных британских исследований, демонстрирует, какого рода данные появились в больших эпидемиологических исследованиях во многих странах за последние 40 лет.

### **Вставка 3.1 Британские общенациональные исследования психического здоровья детей и подростков**

С 1999 г. Британское национальное статистическое управление проводит широкую продолжающуюся программу срезовых и продолжительных исследований психического здоровья детей и подростков. В этой вставке обобщаются некоторые ключевые аспекты методов и результатов.

#### **План**

Основными показателями психопатологии были оценки, полученные из опросника «Сильные Стороны и Трудности» ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)) и диагнозы, полученные из «Оценивания Развития и Благополучия» ([www.dawba.com](http://www.dawba.com)). Дополнительными показателями были индивидуальные факторы риска, семейное неблагополучие, школьные факторы и неблагоприятный район. Показатели получали от разных информантов (родителей, учителей и детей) в один этап, т.е. у всех участников использовали все соответствующие показатели.

## Исследование 5-15-летних 1999 года

Основой для выборки был государственный реестр детей, живущих в частных домохозяйствах. Собрали информацию более чем о 10 000 детях (73% определенных для выборки детей).

Распространенность расстройств по МКБ-10      Коморбидность

Расстройства поведения	5,3%
Тревожные расстройства	3,8%
Гиперкинез	1,4%
Депрессия	0,9%
Другие расстройства	0,5%
<i>Любое расстройство*</i>	9,5%

\*Меньше суммы отдельных  
диагнозов из-за коморбидности

У многих детей несколько диагнозов

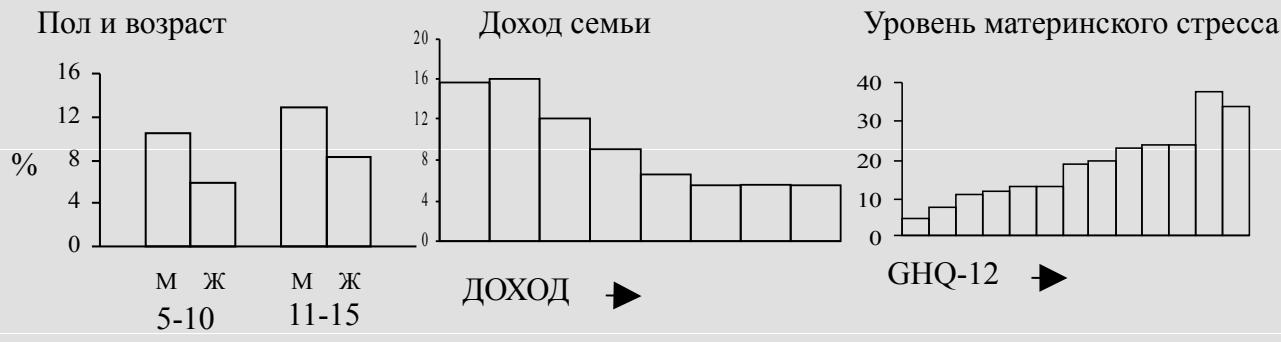
Обычные сочетания:

Тревога

Гиперкинез

Депрессия

Поведение



% с диагнозом по МКБ-10

### 3-летнее прослеживание

Более 2 500 детей, обследованных в 1999 г., были вновь оценены 3 года спустя; стратифицированный отбор обеспечил, чтобы эта прослеженная выборка охватила две трети детей, имевших в 1999 г. расстройство, и одну пятую детей без расстройства.

### Устойчивость

- Четверть детей с эмоциональными расстройствами в начале, при повторном обследовании по-прежнему имели эмоциональные расстройства; устойчивость была особенно высокой, если родители испытывали постоянный стресс.
- Почти половина детей с расстройством поведения в начале, при повторном обследовании по-прежнему имели расстройство поведения. Устойчивость была выше, если родители испытывали стресс, а ребенок нуждался в специальном обучении.

## **Появление новых расстройств**

- Появление новых эмоциональных расстройств чаще наблюдалось у подростков и было связано с somатическим заболеванием и стрессирующими событиями жизни.
- Появление новых расстройств поведения чаще наблюдалось у мальчиков и было связано с необходимостью специального обучения, проживанием с отчимом/мачехой и высоким уровнем родительского стресса.

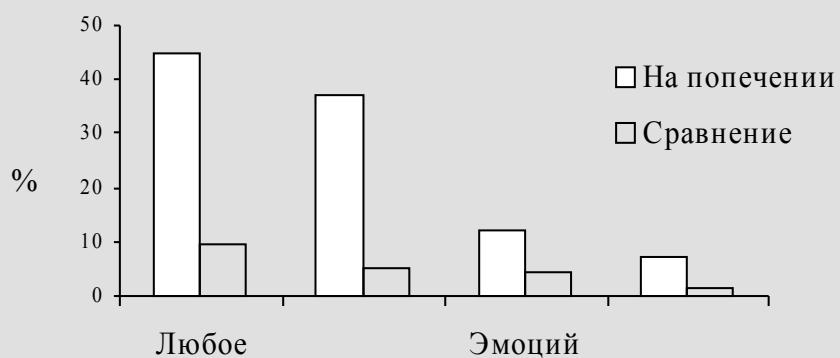
## **Использование служб**

Среди детей, имевших расстройство в 1999 г., лишь менее половины в течение последующих 3 лет пользовались помощью специалистов по проблемам психического здоровья; некоторые обращались в несколько служб, 25% - в службы психического здоровья, 25% - в службы специального обучения, 14% - в социальные службы и 14% - к педиатрам.

## **Дети и подростки на попечении**

Приблизительно 0,5% британских детей и подростков находятся на попечении местных властей, проживая либо с приемными родителями, либо в специальных учреждениях. В 2002-3 гг. в Британии национальная выборка из более тысячи находящихся на попечении детей была обследована с помощью показателей, применявшихся в предшествующих исследованиях детей, живущих в частных домохозяйствах.

## **Распространенность расстройств**



В целом, частота психических расстройств была в пять раз выше, чем в контрольной выборке из населения. Частота была особенно высокой, когда молодые люди жили в учреждении, а не в приемной семье, и когда им пришлось неоднократно менять место проживания. Неясно, что здесь следствие, а что – причина

Сопоставимые эпидемиологические исследования были проведены по всему миру – каждое интересно для своей местности (вставка 3.2 представляет данные, полученные в России). Некоторые исследования привлекли международное внимание, потому что имели большое значение для предоставления служб и этиологии; например, исследования, проведенные в Онтарио (Канада), Дунедине (Новая Зеландия), Кристчерче (Новая Зеландия), Грейт Смоки Маунтинс (США) и Пуэрто-Рико. В серии кругосветных международных исследований использовались те же показатели психопатологии, что и в британских исследованиях (вставка 3.1), это способствует межнациональным сравнениям, которые должны быть все более информативны по мере появления результатов всех новых исследований в различных местах. Вставка 3.3 показывает одно из таких сравнений, основанных на эквивалентных исследованиях в развитой стране (Британия), развивающейся (Бразилия) и перестраивающейся (Россия); в каждом случае итогом

является доля 7-14-летних, имеющих, по меньшей мере, одно расстройство по МКБ-10. Отсюда следуют два вывода: между странами есть достоверные различия, отчасти отражающие социально экономические обстоятельства, и эти различия скорее умеренные, чем большие.

### Вставка 3.2 Российское исследование психического здоровья детей и подростков

В 2001 г. В Новосибирске было проведено исследование детей и подростков. В этой вставке обобщаются некоторые ключевые аспекты методов и результатов (Goodman et al., 2005).

#### План

Основными показателями психопатологии были оценки, полученные из опросника "Сильные Стороны и Трудности" ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)) и диагнозы, полученные из "Оценивания Развития и Благополучия" ([www.dawba.com](http://www.dawba.com)). Дополнительными показателями были индивидуальные факторы риска, семейное неблагополучие, школьные факторы и неблагоприятный район.

Двухстадийное двухэтапное срезовое исследование психического здоровья детей от 7 до 14 лет включало случайную выборку школ с последующей случайной выборкой учеников из школьных журналов. Была получена выборка 448 детей, доля участия составила 83%. На первом этапе родителям, учителям и 11-14-летним подросткам предъявляли скрининговые опросники психопатологии и риска. На втором этапе в подгруппах «скрин-положительных» и «скрин-отрицательных» детей (N=172) проводили более детальную психиатрическую оценку.

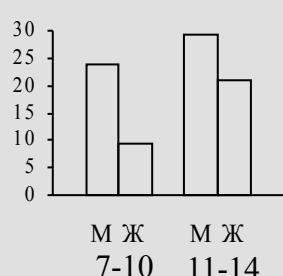
Распространенность расстройств по МКБ-10      Коморбидность

Эмоциональные расстройства	8.8 %
Расстройства поведения	8.6%
Гиперкинез	1.3%
<i>Любое расстройство*</i>	15.3%

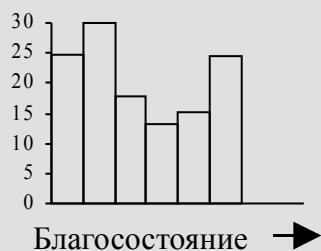
\* Меньше суммы отдельных  
диагнозов из-за коморбидности

Среди детей, имевших по крайней мере одно психическое расстройство, примерно у 25% было 2 и более диагноза. Обычные сочетания: расстройства поведения и эмоциональные расстройства, а также расстройства поведения и гиперкинез

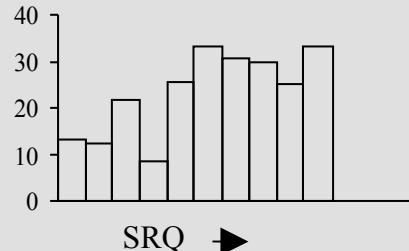
#### Пол и возраст



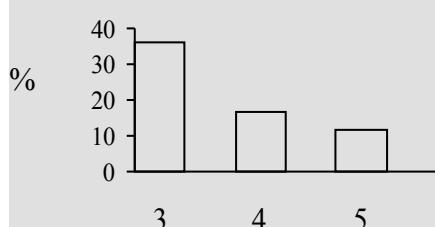
#### Благосостояние семьи



#### Уровень материнского стресса



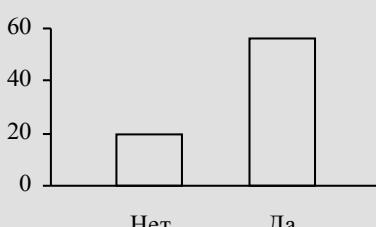
#### Средний годовой балл



#### Ребенок – свидетель домашнего насилия

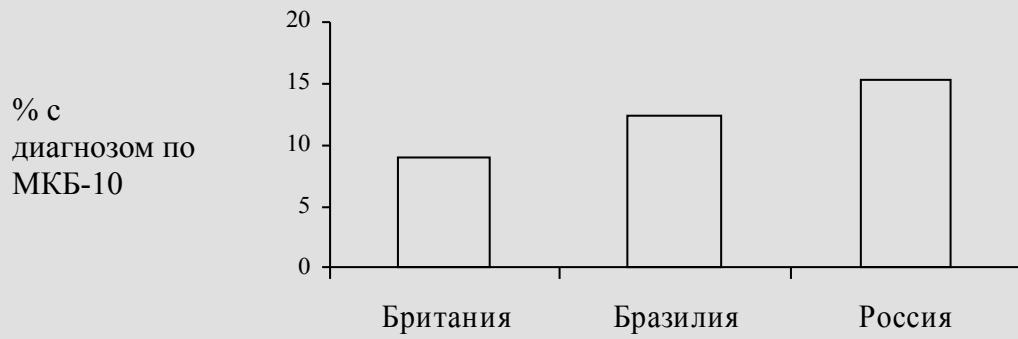


#### Алкоголизм в семье



% - частота «случаев» по данным опросников для нескольких информантов

### **Вставка 3.3 Распространенность психических расстройств у 7-14-летних в трех контрастных странах**



Эпидемиологические исследования отличаются не только географическим положением, но и направленностью. В то время как некоторые эпидемиологические исследования охватывали широкий возрастной диапазон (например, британские исследования, показанные во вставке 3.1), другие были направлены на более узкий возрастной интервал, например, на 10- и 11-летних в первом исследовании на острове Уайт, на младших детей в исследовании «От дошкольников до школы» (вставка 21.1); и на 14- и 15-летних в исследовании подростков на острове Уайт (вставка 22.1). Некоторые исследования охватывали широкий круг психических расстройств, тогда как другие были направлены на специфические расстройства, такие как депрессия, тревога, гиперактивность, обсессивно-компульсивное расстройство, тикозные расстройства, аутистические расстройства и расстройства приема пищи. Помимо этого, эпидемиологические исследования были направлены на специфические факторы риска, такие как травма головы, супружеский разлад или развод, повышенный уровень свинца<sup>4</sup>, бедствия или влияние школы. И, наконец, эпидемиологические исследования близнецов и приемных детей все больше применяются для изучения относительного этиологического значения генетических и средовых факторов. Из эпидемиологических исследований сделаны следующие основные выводы.

#### **Общая распространенность**

В последних исследованиях обычно сообщается, что психические расстройства имеются примерно у 10-25% детей, хотя в некоторых более ранних исследованиях сообщалось, что страдает до 50% детей, что, вероятно, отражает неадекватность диагностических критериев DSM-III и DSM-III-R. До самого последнего пересмотра критерии DSM соблюдались, если у ребенка имелся определенный набор симптомов, независимо от того, оказывали ли эти симптомы значительное влияние на жизнь (в плане страдания или социальных нарушений). В результате многие дети, отвечающие перечню симптомов в DSM-III и DSM-III-R, не нуждались в лечении и не соответствовали тому, что клиницисты признают «случаями». Таким образом, многие дети с психическими расстройствами, установленными в эпидемиологических исследованиях, использовавших немодифицированные критерии DSM-III или DSM-III-R, вероятно, ни в каком смысле не были настоящими «случаями». Теперь DSM-IV и МКБ-10 используют в качестве критериев и влияние и симптомы, и оценки распространенности более консервативны (см., например, вставку 3.1). В то же время нарастает понимание того, что у некоторых детей имеются серьезные проблемы психического здоровья, требующие лечения, но в точности не соответствующие современным диагностическим системам. Обычно у этих детей нет нужного количества или набора психиатрических симптомов, чтобы были соблюдены операциональные диагностические критерии, но симптомы, тем не менее, причиняют ребенку значительное страдание или вызывают социальные нарушения. В эпидемиологических исследованиях на каждого из трех детей, соответствующих операциональным диагностическим критериям, приходится примерно один ребенок, проблемы которого также относятся к службам психического здоровья, но не соответствуют современным операциональным критериям. Чтобы обнаружить детей, которые иначе могут

проскользнуть в трещины между операциональными диагнозами, в эпидемиологических исследованиях должен присутствовать элемент клинического заключения.

## **Что распространено?**

В большей части эпидемиологических исследований показано, что самая распространенная группа расстройств – поведенческие расстройства (оппозиционно-вызывающее расстройство и расстройство поведения), поражающие примерно 5-10% популяции, за ними близко следуют тревожные расстройства, поражающие примерно 4-6% популяции. В подростковом возрасте также распространена депрессия – тогда она поражает около 2% популяции. В прошлом были различные мнения по поводу того, насколько распространены гиперактивные расстройства: большинство британских исследователей и клиницистов считали гиперкинез редким расстройством, поражающим менее 0,1% детей, а большинство исследователей и клиницистов из Северной Америки считали синдром дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) очень распространенным расстройством, поражающим до 10% детей. Эмпирические данные свидетельствуют о промежуточном положении: в настоящее время, когда критерии гиперкинеза в МКБ-10 смягчены, а критерии СДВГ в DSM-IV сделаны более жесткими, исследования, использующие любую из этих схем, дают сходные оценки распространенности в районе 1-5%.

## **Коморбидность**

Многие дети с психическими расстройствами соответствуют критериям более чем одного психиатрического диагноза. Например, дети, соответствующие критериям генерализованного тревожного расстройства, обычно также соответствуют критериям других тревожных расстройств, в т.ч. специфической фобии, социальной фобии и тревожного расстройства в связи с разлукой. Сходным образом дети, соответствующие критериям СДВГ, обычно также соответствуют критериям оппозиционно-вызывающего расстройства или расстройства поведения. Для некоторых расстройств коморбидность скорее правило, чем исключение. Депрессия, например, как правило, сопровождается тревожным или поведенческим расстройством. Существует несколько возможных объяснений коморбидности. Во-первых, современная психиатрическая классификация, вероятно, пошла слишком далеко по пути расщепления, отклонившись от объединения. Если мы отнесем «больное горло» и «насморк» к разным расстройствам, многие люди будут одновременно страдать и тем и другим. Во-вторых, одно расстройство может быть фактором риска для другого. Например, расстройство поведения может быть фактором риска для депрессии, потому что проблемы с поведением могут приводить к изоляции и критике ребенка. И, наконец, те же самые биологические и социальные факторы, которые предрасполагают ребенка к какому-либо расстройству, могут одновременно предрасполагать его и к другим расстройствам.

## **Большинство расстройств остаются без лечения**

Даже когда у детей действительно имеются психиатрические симптомы, приводящие к значительным социальным нарушениям или страданию, лишь небольшая часть этих детей обращается к специалистам служб психического здоровья. Наиболее вероятно, что детей направят к специалисту за помощью, если их проблемы являются значительным бременем для родителей. И обратно: дети, родители которых не ощущают бремени, вряд ли получат помочь специалистов по охране психического здоровья. И хотя некоторые дети с психиатрическими проблемами, не попавшие к специалистам служб психического здоровья, на самом деле получают помочь в других местах – в здравоохранении, образовании и социальных службах, около половины не получает совсем никакой профессиональной помощи.

## **Устойчивость**

Когда у индивидуума в двух разных возрастах имеются расстройства, эту непрерывность называют *гомотипичной*, если в обоих возрастах расстройства сходны, и *гетеротипичной*, если тип расстройства с возрастом изменился. Например, когда детей с расстройством поведения прослеживают вплоть до взрослой жизни, у некоторых продолжаются деструктивные и антисоциальные проблемы (гомотипичная непрерывность), а у других во взрослом возрасте возникает депрессия (гетеротипичная непрерывность). В этом примере гомотипичная непрерывность более вероятна у лиц мужского пола, а гетеротипичная – у женского.

Во многих исследованиях показано, что проблемы с поведением до некоторой степени более устойчивы, чем эмоциональные проблемы (вставка 3.1). Непрерывность от детских и отроческих лет до взрослого возраста может быть значительной. Например, в продолжительном исследовании в Дунедине три четверти всех 21-летних молодых людей с психиатрическими диагнозами имели психическое расстройство ранее - при обследовании в возрасте между 11 и 18 годами.

## **Соотношение полов и возраст начала**

Хотя детские службы психического здоровья имеют тенденцию принимать больше мальчиков, чем девочек, в эпидемиологических исследованиях не выявлено выраженных межполовых различий в общей частоте психических расстройств: до полового созревания расстройства встречаются чаще у лиц мужского пола, но после полового созревания справедливо обратное. Соотношение полов заметно различается в зависимости от типа проблем (см. вставку 3.4). При разных проблемах также заметно различается типичный возраст начала: некоторые проблемы обычно начинаются в самом раннем детстве, а другие проблемы взрослого типа гораздо чаще встречаются в возрасте тинейджеров (с 13 до 20), чем в предшествующие годы (см. вставку 3.5). Заманчиво предположить, что эти поразительные различия в соотношении полов и возрасте начала являются важными ключами к этиологии и патогенезу, но, к сожалению, эти ключи до сих пор почти совершенно не расшифрованы.

### **Вставка 3.4 Соотношение полов**

#### **Выраженное преобладание мужского пола**

Аутистические расстройства  
Гиперактивные расстройства  
Расстройство поведения /оппозиционное расстройство  
Подростковая преступность  
Завершенный суицид  
Тикозное расстройство, например, Туретта  
Ночной энурез у старших детей  
Специфические расстройства развития, например, расстройства речи и чтения

#### **Мужской ≈ женскому**

Депрессия (препубертатная)  
Элективный мутизм  
Отказ от школы

#### **Выраженное преобладание женского пола**

Специфические фобии, например, насекомых  
Дневной энурез  
Умышленное самоповреждение (постпубертатное)  
Депрессия (постпубертатная)  
Невральная анорексия  
Невральная булимия

### **Вставка 3.5 Возраст начала**

#### **Типично раннее начало**

Аутистические расстройства  
Гиперактивные расстройства  
Расстройства привязанности  
Элективный мутизм  
Оппозиционно-вызывающее расстройство  
Тревожное расстройство в связи с разлукой  
Специфические фобии, например,  
насекомых  
Энурез  
Генерализованная недостаточная  
обучаемость  
Специфические расстройства развития,  
например, расстройства речи и чтения

#### **Обычно начало в возрасте тинейджеров**

Депрессия  
Мания  
Психоз  
Суицид и умышленное самоповреждение  
Нервная анорексия и булимия  
Панические атаки и агорафобия  
Злоупотребление психоактивными веществами  
Подростковая делинквентность

### **Этиология**

Эпидемиологические исследования предоставили доказательства этиологической значимости психосоциальных, генетических и неврологических факторов. Чрезвычайно важное исследование психосоциальных факторов представляло прямое сравнение детей из трущоб старой части Лондона с детьми из маленьких городков и сельской местности острова Уайт. В репрезентативных выборках 10-летних из обоих районов в два этапа получали одни и те же показатели. В сравнении с детьми с острова Уайт, у детей из старого города была примерно в два раза выше частота эмоциональных расстройств, расстройств поведения и чтения. Эти различия можно было в основном объяснить тем, что в старой части города был повышен уровень следующих психосоциальных проблем: распад семьи, болезни и преступность родителей, социальное неблагополучие и высокая текучесть учеников и учителей в школах.

Эпидемиологические исследования близнецов и приемных детей указали на существенный генетический вклад во многие детские психические расстройства. Например, в случае аутизма, эпидемиологические близнецовые исследования показали очень высокую наследуемость «широкого фенотипа», включающего аутизм и более мягкие варианты. Генетические факторы, по-видимому, также играют значительную роль в аффективных биполярных расстройствах и устойчивой гиперактивности – и несколько меньшую роль в обычных поведенческих и эмоциональных расстройствах детского возраста.

Детским психическим расстройствам часто сопутствуют сниженный интеллект и специфические расстройства обучения. И хотя эти связи хорошо установлены, лежащие в их основе причинные механизмы еще не ясны. В некоторых случаях психиатрические проблемы, такие как гиперактивность, могут мешать обучению. В других случаях фruстрация и стресс, вызванные проблемами при обучении, могут приводить к психиатрическим проблемам. В третьих случаях и поведенческие проблемы, и проблемы при обучении могут отражать действие какого-то «третьего» фактора – психосоциального, генетического или неврологического.

Эпидемиологические исследования детей с врожденными и приобретенными расстройствами мозга выявили чрезвычайно высокий уровень сопутствующих психических расстройств – гораздо более высокий, чем у детей с хроническими внемозговыми заболеваниями, приводящими к сравнимой недееспособности и стигматизации. Это убедительное свидетельство прямой связи между мозгом и поведением, вероятно, неудивительно, если учесть ключевую роль мозга как вместилища разума.

## **Межкультурные различия**

Эпидемиологические исследования, изучающие, различаются ли психиатрические профили детей в различных сообществах, в многонациональном обществе, несомненно, интересны и важны. Как еще можно определить, достаточно ли хороши службы для меньшинств? Кроме того, наши современные познания в детской психиатрии основаны почти исключительно на исследованиях белых детей, и для того, чтобы показать, применимы ли наши современные представления о классификации, этиологии, прогнозе, лечении и профилактике к детям любого происхождения, нужны межкультурные исследования. Важно помнить, что межкультурные различия в психическом здоровье детей происходят от многих факторов, включающих практику воспитания, физические и социальные последствия миграции, различный опыт расизма и нищеты, а также биологические различия. В этой области эпидемиологические исследования сделали несколько интересных находок. Например, в одном лондонском исследовании у детей, чьи родители родились в Индии, гиперактивность по данным объективных показателей активности и внимания была меньше, а по оценкам учителей – такая же или больше, чем в контрольной группе; это говорит о возможном искажении оценок, обусловленном национальностью. Другое лондонское исследование показало, что у афрокарибских детей в сравнении с белыми детьми расстройства поведения в школе встречались чаще, а расстройства поведения дома – не чаще. Одно из возможных объяснений этому – то, что деструктивное поведение черных детей в школе в большинстве случаев было реакцией, вызванной расизмом в школьной среде. В нескольких исследованиях из разных стран показано, что у детей мигрантов частота аутизма выше. Одно из возможных, но не доказанных объяснений этому избытку аутизма – что он является следствием пренатальных инфекций, вызванных вирусами, с которыми матери-эмигрантки в своей родной стране ранее не встречались. Даже из этих нескольких примеров ясно, что когда находят межкультурные различия, нужно рассматривать много возможных объяснений.

## **Временные тенденции**

Растущий массив эмпирических данных свидетельствует в пользу пессимистической точки зрения: с течением лет дела становятся хуже. Ясно, что поскольку диагностические критерии и исследовательские инструменты со временем изменились, трудно установить, действительно ли какая-либо конкретная проблема стала более распространенной, или же в настоящее время мы установили более низкий порог, или стали лучше распознавать проблемы такого рода. Учитывая эти методологические вопросы, тем не менее, кажется вероятным, что за последние 50 лет молодые люди стали больше подвержены поведенческим проблемам, преступности, злоупотреблению веществами, депрессии и суициду – проблемам, как известно, реагирующим на психосоциальные обстоятельства. Что касается расстройств приема пищи, то данные о реальном возрастании распространенности скорее предположительные, чем окончательные.

## **Обзор по теме**

Roberts E.R. et al. (1998) Prevalence of psychopathology among children and adolescents. American Journal of Psychiatry, 155, 715-725.

## **Дополнительное чтение**

Collishaw S. et al. (2004) Time trends in adolescent mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45, 1350-1362. (Данные о том, что за последнюю четверть 20-го века психическое здоровье ухудшилось, и что это не было просто методологическим артефактом.)

Fleitlich-Bilyk B., Goodman R. (2004) The prevalence of child psychiatric disorders in Southeast Brazil. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 727-734.

- Goodman R.G., Slobodskaya H.R., Knyazev G.G. (2005) Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors. European Child and Adolescent Psychiatry, 14, 28-33.
- Meltzer H. et al. (2000) Mental health of children and adolescents in Great Britain. London: The Stationery Office
- Prince M. et al. (2003) *Practical psychiatric epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Rutter M. (1976) Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychological Medicine*, 6, 313-332.

## **ЧАСТЬ II СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ**

---

### **Глава 4 РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Детский аутизм, называемый также “инфантильный аутизм” или просто «аутизм», наиболее известен и хорошо изучен в группе расстройств, которые называют по разному - **расстройства-ми аутистического спектра** или **устойчивыми расстройствами развития**<sup>3</sup>. Другие расстройства этой группы можно считать менее резко выраженными вариантами на ту же тему, соответствующими некоторым, но не всем диагностическим критериям детского аутизма. Отсюда и возникло представление об аутистическом спектре – диапазоне от «классического» аутизма на одном конце до детей в пределах нормы – на другом. И хотя расстройства аутистического спектра всегда начинаются в детстве, они часто продолжаются и во взрослом возрасте.

#### **Эпидемиология**

Поскольку распознавание расстройств аутистического спектра усовершенствовалось, данные указывают на рост частоты. Обычно указывают частоту около 2 на тысячу, хотя в некоторых последних исследованиях установили такую высокую частоту как 6 на тысячу. «Классический» аутизм составляет от четверти до половины всех аутистических расстройств, последние оценки распространенности классического аутизма варьируют от 0,6 до 1,7 на тысячу. Соотношение мужского и женского пола примерно 3:1. С социально-экономическим положением отчетливой связи нет, в ранних работах сообщалось о связи с высоким социально-экономическим положением, что, вероятно, было следствием ошибок установления.

#### **Характерные признаки**

Детский аутизм определяется ранним появлением симптомов в трех областях:

- Социальные нарушения
- Нарушения общения
- Ограниченные и повторяющиеся действия и интересы

#### **Социальные нарушения**

Они относятся к качеству реципрокных взаимодействий с другими. Маленький аутичный ребенок отчужден, с плохим зрительным контактом, показывает отсутствие интереса к людям как к людям (хотя они могут быть интересны как машины для щекотания, автоматы для раздачи печенья и т.п.) и не может искать утешения, если ему больно. Если социальные интересы впоследствии развиваются, что бывает немногим более чем у 50% аутичных детей, проблемы с социальной отзывчивостью, взаимностью и способностью к сочувствию по-прежнему остаются. Такому ребенку трудно приспособить свое поведение к социальному контексту, ему/ей плохо удается распознавать чувства других людей и соответственно на них реагировать. Привязанность к родителям *не* редкость, и ребенок может быть ласковым (и даже слишком), однако более вероятно, что он (или она) будет сам (или сама) инициатором объятий, а не принимать объятия от родителей. Социальные взаимодействия осуществляются по правилам ребенка – взрослые и дети значительно младше обычно приспосабливаются к этому гораздо лучше, чем дети того же возраста. Взаимодействия со сверстниками, как правило, очень ограничены. И даже у старших аутичных индивидуумов, функционирующих на высоком уровне, ограниченная способность приобретать близких друзей (в том числе разделять общие интересы, занятия и чувства), вероятно, является наиболее чувствительным показателем остаточных социальных нарушений.

## **Нарушения общения**

Затрагивают как понимание, так и выражение, как жесты, так и устную речь. Гуление может быть редуцировано. Примерно 30% аутичных индивидуумов так никогда и не осваивают полезную речь. У остальных развитие речи, как правило, значительно задержано (хотя небольшая часть вовремя осваивает отдельные слова и даже фразы, но потом вновь утрачивает эти навыки). Речь, если и появляется, обычно не только задержанная, но и аномальная. Возможные отклонения включают немедленное или отсроченное «попугайничание» - повторение слов или фраз (эхолалия), инверсию местоимений (например, «ты» вместо «я»), идиосинкритическое употребление слов или фраз, выдуманные слова (неологизмы), а также опору на клише и повторные вопросы. Вместо того, чтобы болтать с другими людьми в манере «туда - сюда», аутичный индивидуум главным образом говорит, *адресуясь* другим людям. Например, некоторые аутичные индивидуумы используют речь в основном для того, чтобы требовать разные вещи. Другие подробно говорят о своих текущих увлечениях, не обращая внимания на социальные сигналы, указывающие на то, что их слушатель давно потерял интерес к предмету разговора. Речь часто аномальна по интонации или по тону, например монотонное бубнение. Жесты также редуцированы и плохо интегрированы (например, аномальное указывание пальцем).

## **Ограниченные и повторяющиеся действия и интересы**

Включают: сопротивление изменениям, так что, например, небольшая перестановка мебели вызывает тяжелую вспышку гнева; настойчивое требование соблюдать установленные порядки и ритуалы; махание руками, изворачивание или другие стереотипии; игру с упорядочиванием (например, выстраивание вещей в ряд); привязанность к необычным предметам (например, к мусорному ящику); притягательность необычных аспектов мира (например, ощущения от прикосновения к застежкам-молниям или волосам людей); и всепоглощающую увлеченность ограниченными темами (например, расписанием поездов, ценами на машины). Игра-фантазия обычно отсутствует, за исключением старших индивидуумов, функционирующих на более высоком уровне. При наличии символической игры она часто ограничена простым повторяющимся разыгрыванием всего лишь одного или двух эпизодов из любимой истории или телевизионной программы.

## **Раннее начало**

Несмотря на то, что это расстройство редко выявляют на первом году жизни, обращаясь к прошлому, примерно в 70% случаев становится ясно, что развитие *никогда* не было полностью нормальным. Например, возможно, что ребенок никогда не любил, чтобы с ним обнимались, даже в младенчестве, или развитие речи было значительно задержано. Однако примерно в 30% случаев на втором или третьем году жизни бывает отчетливое движение вспять: после некоторого периода нормального или почти нормального развития эти дети проходят стадию регресса, теряя ранее приобретенные навыки социального взаимодействия, общения и игры. И МКБ-10 и DSM-IV ставят условием, что, по меньшей мере, некоторые из симптомов должны присутствовать к 36 месяцам, но эта граница произвольная, и иногда точно датировать начало на основании ретроспективного отчета трудно, особенно если у ребенка относительно легкое аутистическое расстройство.

В то время как некоторые дети соответствуют всем четырем критериям, и это служит основанием для диагноза детский аутизм, другие дети соответствуют лишь некоторым из критериев, и это может служить основанием для диагноза *атипичный аутизм* (МКБ-10) или *устойчивое расстройство развития, неуточненное* (DSM-IV).

## **Сопутствующие признаки**

### **Генерализованная недостаточная обучаемость**

Имеется у большинства. В отношении детей с самыми тяжелыми формами аутизма это легко запоминается: у 50% IQ ниже 50, у 70% IQ ниже 70, и почти у 100% IQ ниже 100. И несмотря на то, что синдром Аспергера и другие расстройства аутистического спектра все чаще выявляют у детей с нормальным интеллектом (в том числе и выше среднего), эти более легкие аутистические расстройства также очень часто сопровождаются генерализованной недостаточной обучаемостью. При аутизме обычно лучше всего измерять IQ с помощью невербальных тестов. При тяжелом аутизме вербальный IQ почти всегда ниже, чем невербальный из-за сопутствующих проблем с речью. Обратная картина: невербальный IQ ниже, чем вербальный, - часто встречается при синдроме Аспергера и аутизме с высоким уровнем функционирования.

### **Припадки**

Поражают примерно четверть аутичных индивидуумов с генерализованной недостаточной обучаемостью и около 5% аутичных индивидов с нормальным IQ. Припадки часто начинаются в подростковом возрасте. В противоположность этому, если припадки возникают у индивидуумов с генерализованной недостаточной обучаемостью, но без аутистических проблем, то они, как правило, начинаются в раннем детстве, а не в подростковом возрасте.

### **Другие психиатрические проблемы**

Помимо уже описанных характерных признаков, у многих аутичных детей имеются дополнительные проблемы с гиперактивностью, поведением и эмоциями. Родители и учителя обычно жалуются на гиперактивность и плохую концентрацию внимания. Тщательно собранная история болезни часто показывает, что эта явная гиперактивность проявляется при заданиях, навязанных взрослыми, - таких как школьные занятия, и что ребенок может хорошо сосредотачиваться на самостоятельно выбранных задачах, таких, как выстраивание машинок в ряд или просмотривание одного и того же видеосюжета снова и снова. Однако в других случаях у аутичного ребенка - плохая концентрация внимания при всех занятиях. Обычны тяжелые и частые вспышки гнева, которые могут быть вызваны тем, что дети не способны сообщить о своих нуждах, или тем, что кто-то вмешивается в их ритуалы и распорядок. Вмешательство других может также спровоцировать агрессивные выпады. Дети с аутистическим расстройством и генерализованной недостаточной обучаемостью особенно подвержены самоповреждающему поведению, например битью головой, расковыриванию глаз или кусанию рук. Характерную форму ритуалистического поведения представляют чрезмерные причуды в еде. Интенсивные страхи могут приводить к фобическому избеганию. Некоторые из этих фобий – преувеличения обычных детских страхов (например, больших собак), тогда как другие являются идеосинкритическими (например, страх бензонасосов). Галлюцинации и бред не связаны с аутизмом.

## **Дифференциальный диагноз**

### **Расстройства развития речи или приобретенная афазия**

У детей с «чистыми» фонологически-синтаксическими расстройствами речи желание общаться с помощью жестов и способность к социальным взаимодействиям сохранно (см. главу 26). Однако бывают и «перекрывающиеся» случаи, представляющие смесь тяжелых фонологически-синтаксических проблем с речью и легких признаков аутизма. Кроме того, продолжается полемика о том, является ли семантическо-прагматическое расстройство речи отдельным заболеванием (см. главу 26) или характеризует языковую составляющую легкого аутизма.

## **Синдром Аспергера**

Рассматривается некоторыми как легкий вариант аутизма. Отличается от классического аутизма в нескольких отношениях:

Во-первых, задержка развития словаря и грамматики очень небольшая или совсем отсутствует, хотя другие аспекты языка аномальны, как и при аутизме. Так, речь часто высокопарна и педантична, с аномальной интонацией; жестикуляция может быть ограниченной или чрезмерной, и монологи на любимую тему легко вызвать и трудно остановить.

Во-вторых, ранняя отчужденность менее характерна, чем при аутизме. Ребенок с синдромом Аспергера часто интересуется другими людьми, хотя его/ее социальные взаимодействия неуклюжи, что отражает нарушенные эмпатию и социальную отзывчивость. В этом отношении индивидуумы с синдромом Аспергера похожи на аутичных индивидуумов с высоким уровнем функционирования, которые выросли из своей отчужденности.

В-третьих, ограниченное и повторяющееся поведение больше всего проявляется в увлечениях или ограниченных интересах (таких, как посадка самолета или географические карты), а не в моторных стереотипиях.

Наконец, выраженная неуклюжесть, вероятно, чаще встречается при синдроме Аспергера, чем при аутизме.

## **Генерализованная недостаточная обучаемость без признаков аутизма**

Язык и символическая игра будут отсутствовать, если умственный возраст ниже 12 месяцев. Часто встречаются простые стереотипии. Такие дети социально отзывчивы в соответствии со своим умственным возрастом.

## **Генерализованная недостаточная обучаемость с признаками аутизма**

У многих детей с генерализованной недостаточной обучаемостью имеется «триада» нарушений, затрагивающих (1) социальные взаимодействия, (2) общение и (3) игру, плюс разная степень выраженности повторяющегося и ограниченного поведения. Только некоторые из этих детей полностью соответствуют диагностическим критериям детского аутизма, но у многих может быть диагностирован атипичный аутизм (хотя не все клиницисты считают, что это стоит делать).

## **Синдром Ретта**

Это доминантное расстройство, сцепленное с X-хромосомой, почти исключительно встречается у девочек и может быть спутано с аутизмом. Примерно в 12-месячном возрасте происходит глобальный регресс развития с потерей приобретенных способностей, ему сопутствуют: замедление роста головы, характерные стереотипии в виде «мытья рук» и ограничение возможности пользоваться руками; эпизодические глубокие вздохи и беспричинный смех, а также прогрессирующие нарушения подвижности. Большая часть детей с синдромом Ретта вполне социально отзывчивы, если принять во внимание их низкий умственный возраст и физические ограничения. Это прогрессирующее заболевание, и пораженные индивидуумы обычно к двадцатилетнему возрасту оказываются в инвалидном кресле и умирают, не достигнув тридцати лет.

## **Нейродегенеративные расстройства с прогрессирующими деменцией**

Их следует принимать во внимание, когда регрессия и появление аутистических признаков происходят после периода нормального или почти нормального развития. Со временем появляются явные неврологические нарушения, и в итоге ребенок умирает. Таких генетических

расстройств много, к счастью, все они редки. Примеры включают адренолейкодистрофию, юношескую болезнь Гентингтона и болезнь Баттена. Вероятно, самой распространенной причиной детской деменции во всем мире является ВИЧ-энцефалопатия.

### **Дезинтегративное расстройство**

Это очень редкое заболевание, известное также как дезинтегративный психоз, или синдром Геллера, включает полностью нормальное развитие до 2-6 лет, за которым следует стадия регрессии (часто сопровождаемая выраженной тревогой и потерей контроля за функциями кишечника и мочевого пузыря), приводящая к пожизненной тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости с выраженным аутистическими признаками.

### **Глубокая ранняя депривация**

Тяжелая психосоциальная депривация иногда сопровождается аутистическими признаками. Это выявлено в исследованиях международно усыновленных детей, которые в первый год или два своей жизни были лишены необходимого питания, физического ухода, познавательной и речевой стимуляции и простых социальных взаимодействий. И хотя большинство таких детей через несколько лет после усыновления замечательно преуспевают, у небольшой части сохраняются нарушения социальных взаимодействий и общения, связанные с интенсивными ограниченными интересами и увлеченностью специфическими ощущениями. В раннем детстве может быть трудно отличить это от аутизма. По мере того, как ребенок развивается, развертывается клиническая картина, и наиболее явными признаками становятся социальная расторможенность и ограниченные интенсивные интересы.

### **Синдром ломкой X-хромосомы**

Обычно сопровождается поведением, которое имеет поверхностное сходство с аутизмом. Социальное избегание и плохой зрительный контакт встречаются часто, но они, по-видимому, вызваны социальной тревогой, а не социальным безразличием. Оставляя в стороне это поверхностно аутистическое поведение, остается спорным, чаще ли синдром ломкой X-хромосомы приводит к аутизму, чем другие синдромы генерализованной недостаточной обучаемости.

### **Глухота**

Ее часто подозревают, когда маленькие аутичные дети не обращают внимания на людей, которые к ним обращаются. Тщательно собранная история болезни обычно устанавливает, что они без труда слышат звуки, которые их интересуют, например шелест пакета чипсов! В отличие от аутичных детей глухие дети обычно коммуникабельны и страшно хотят общаться, например жестами.

### **Этиология и патогенез**

Примерно у 10-15% аутичных детей имеются идентифицируемые соматические заболевания. Вероятность найти лежащую в основе аутизма медицинскую причину, скорее всего, выше, если у ребенка тяжелая или глубокая генерализованная недостаточная обучаемость. Сообщалось о большом числе разнообразных медицинских расстройств; некоторые ассоциации могут быть случайными, другие могут отражать неспецифическое возрастание частоты аутистических расстройств при любом заболевании, которое приводит к генерализованной недостаточной обучаемости. Однако маловероятно, что связь аутизма с генерализованной недостаточной обучаемостью совершенно неспецифическая, поскольку аутистические расстройства избыточно пред-

ставлены при некоторых заболеваниях, обычно приводящих к генерализованной недостаточной обучаемости, таких как туберозный склероз с припадками, а при других, например при тяжелом церебральном параличе, встречаются гораздо реже.

Представляется, что у большинства детей с классическим аутизмом без известного медицинского расстройства главное значение имеют генетические факторы, в близнецовых исследованиях установлена наследуемость более 90%, и почти несомненно, что это действие множества взаимодействующих генов, а не одного главного (майор-) гена. В исследованиях сцепления, охвативших весь геном, установлено несколько локусов предрасположенности. И, в отличие от большинства подобных утверждений в психиатрической генетике, в независимых исследованиях эти локализации были подтверждены, по крайней мере, в двух районах (на хромосомах 7q и 2q). Представляется, что наследуемый фенотип достаточно широк и простирается от классического аутизма на одном конце до легких и частичных разновидностей на другом. Частота подобных проявлений у сиблингов - примерно 3% при строго определенном аутизме и около 10-20% при более легких вариантах. Генетические факторы могут быть менее важны в этиологии признаков аутизма, сопутствующих тяжелой и глубокой генерализованной недостаточной обучаемости; эти признаки (фенокопии) могут быть в первую очередь обусловлены распространенным повреждением мозга. Этиологическое значение неблагополучных родов сомнительно.

Несмотря на то, что предельная и продолжительная ранняя депривация в учреждениях, не соответствующих никаким требованиям, может привести к признакам аутизма, нет никаких доказательств тому, что какую-то роль в этиологии аутизма играет «обычное» психосоциальное неблагополучие. Нет никакого подтверждения теориям о том, что аутизм вызывается ранним травмирующим событием, нечувствительностью родителей или их недостаточной отзывчивостью по отношению к своему ребенку. Тем не менее в некоторых кругах по-прежнему придерживаются таких взглядов и причиняют родителям лишние страдания.

Многие исследователи предполагают, что аутизм вызывается первичным дефектом только в одной неврологической системе или одной психологической функции. Равным образом правдоподобно, что аутизм отражает специфическое сочетание структурных или функциональных аномалий. Нейробиологические исследования не выявили какого-либо определенного очагового дефицита: практически каждая часть мозга оказалась вовлеченней, по данным какого-либо нейровизионного или нейропатологического исследования, и ни одна локализация не была систематически подтверждена. Поскольку у меньшей, но значительной части аутичных индивидуумов аномально большой мозг и окружность головы, распространенные аномалии неврологического развития могут оказаться более важными, чем очаговые.

Попытки выявить первичный психологический дефицит оказались немногим более успешны. И хотя ни одна теория не заслужила всеобщего признания, особенно влиятельными стали две теории. Одна из них полагает, что первичный дефицит при аутизме – в «Теории Разума», т.е. в способности приписывать себе и другим независимые психические состояния для того, чтобы предсказывать и объяснять действия (см. вставку 4.1). Такой дефицит «размышления» может нарушить умения, зависящие от способности представить точку зрения другого человека, но не будет помехой умениям, для которых требуется всего лишь механическое или поведенческое понимание предметов и людей. Другая влиятельная теория – та, что первичный дефицит при аутизме – в исполнительной функции и такого рода проблемами с планированием и организационными навыками, которые приводят к низкой результативности в тестах «фронтальной доли». Прочие предположения по поводу первичного психологического дефицита при аутизме включают врожденное нарушение способности эмоционально подстраиваться к другим и нарушенную способность синтезировать различного рода информацию, извлекая при этом значение более высокого уровня. Однако ни одна из этих теорий не может удовлетворительно объяснить ни повторяющееся и стереотипное поведение, наблюдаемое при аутизме, ни характерный для большинства низкий IQ.

#### **Вставка 4.1 История Салли-Ани – первоочередной тест «Теории Разума»**

С куклами и реквизитом разыгрывается следующая история:

У Салли есть стеклянный шарик. Она кладет его в корзинку и выходит. Пока Салли нет, Аня решает ее разыграть. Она вынимает шарик из корзинки и перекладывает его в коробку. Затем Аня уходит. Когда Салли приходит домой, ей нужен шарик. Где Салли будет его искать?

*Нормальные 3-летки не справляются с тестом, говоря, что Салли будет искать в коробке; они знают, что шарик там, и им трудно понять, что Салли этого не знает.*

*Нормальные 4-летки выдерживают тест, предсказывая, что Салли будет действовать согласно своему ложному убеждению и искать в корзинке.*

*Дети с синдромом Дауна обычно выдерживают тест Салли-Ани, если их умственный возраст (по вербальным тестам) 4 года и более.*

*Аутичные дети, напротив, обычно не справляются с тестом Салли-Ани, когда их интеллектуальный возраст действительно достигает 4 года и более. Меньшая часть аутичных инди-видуумов с высоким уровнем функционирования, которые выдерживают тест Салли-Ани, почти всегда не справляются с более сложными тестами на способность размышления.*

### **Лечение**

Ведущие оси лечения – подбор соответствующего образования и предоставление необходимой поддержки родителям. Обычно аутичные дети лучше всего успевают в хорошо структурированной образовательной среде, где учителя имеют опыт работы с аутизмом. Особенно благотворным представляется раннее помещение в специальный детский сад - с 2 или 3 лет. Поведенческие программы, проводимые дома и в школе, могут уменьшить вспышки гнева, агрессивные выпады, страхи и ритуалы, а также способствовать более нормальному развитию. Многие семьи хорошо принимают временную помощь по уходу<sup>5</sup>. Может быть полезным членство в родительской организации, предоставляющее доступ к информационным бюллетеням, конференциям, телефонам доверия и контакты с другими семьями, пораженными той же болезнью.

Для лечения сопутствующей эпилепсии используются стандартные антиэпилептические препараты. Психотропные препараты не излечивают ключевые симптомы аутизма, но иногда могут смягчить сопутствующие симптомы, если используются по специфическим показаниям в составе интегрированного комплекса психологического и образовательного воздействия. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) иногда эффективны для лечения тяжелой тревоги, депрессии, самоповреждения, а также навязчивого или повторяющегося поведения. Стимуляторы могут снизить сопутствующую гиперактивность, однако ценой этого может быть неприемлемое нарастание повторяющегося поведения. Показано, что нейролептики, такие как галоперидол и рисперидон, уменьшают повторяющееся поведение, агрессивность и возбуждение, однако эти их потенциальные преимущества следует соотнести с возможными осложнениями лечения нейролептиками (см. главу 34).

### **Прогноз**

Среди детей с полным синдромом аутизма примерно 70% приобретают полезную речь. Дети, не сделавшие этого к пяти годам, вряд ли сделают это в последующем. Аутистическая отчужденность улучшается более, чем в половине всех случаев, сменяясь «активным, но странным» социальным интересом.

Подростковый возраст сопровождается несколькими изменениями:

- Пик начала припадков приходится на возраст 11-14 лет.
- Предшествующая гиперактивность может смениться явно сниженной активностью и инертностью.
- Около 10% аутичных индивидуумов в подростковом возрасте проходят через стадию утраты языковых навыков, а иногда и интеллектуального снижения; этот спад не прогрессирует, но утраченные навыки обычно не восстанавливаются.
- Возбуждение представляется более распространенным, иногда оно приводит к значительным агрессивным выпадам.
- Неуместное сексуальное поведение может причинять неприятности.

К взрослой жизни, примерно 10% индивидуумов, имевших полный синдром аутизма, работают и способны заботиться о себе сами. Еще меньше имеют хороших друзей, вступают в брак или становятся родителями. Наилучшими предикторами долгосрочной социальной независимости являются IQ ребенка и наличие речи к пяти годам. Дети с невербальным IQ ниже 60 во взрослой жизни почти наверняка будут иметь тяжелые социальные нарушения и не смогут жить самостоятельно. Дети с более высоким IQ с большей вероятностью станут независимы, особенно если они приобрели полезную речь к пяти годам. Однако у детей с классическим аутизмом, даже если IQ и речь на их стороне, шанс хорошего социального исхода во взрослой жизни только 50%. Для более легких аутистических расстройств прогноз обычно лучше. Аутичные индивидуиды не подвержены повышенному риску развития шизофрении во взрослой жизни.

## **Обзоры по теме**

- Lord C., Bailey A. (2002) Autism spectrum disorders. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 636-663.
- Tanguay P.E. (2000) Pervasive developmental disorders: a 10-year review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 1079-1095.
- Volkmar F.R. et al. (2004) Autism and pervasive developmental disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45, 135-170.

## **Дополнительное чтение**

- Attwood T. (1997) Asperger's Syndrome: a Guide for Parents and Professionals. Jessica Kingsley, London.
- Frith U. (2003) Autism: Explaining the Enigma. Blackwell, Oxford.
- Loovas O.I., Smith T. (2003) Early and intensive behavioural intervention in autism. In: Kazdin A.E., Weisz J.R. (eds) Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents, New York, Guilford Press, pp.325-340.
- Rutter M. (2000) Genetic studies of autism: from the 1970s into the millennium. Journal of Abnormal Child Psychology, 28, 315-337.
- Volkmar F.R. et al. (1999) Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38 (Suppl. 12), 32-54.
- Wing L., Gould J. (1979) Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. Journal of Autism and Developmental Disorders, 9, 11-30.  
(Это классическое сообщение о высокой частоте аутистической «триады» у детей с генерализованной недостаточной обучаемостью.)

## Глава 5 ГИПЕРАКТИВНОСТЬ

Родители могут использовать «гиперактивность» для обозначения широкого спектра поведения, включающего частое ночное пробуждение, непослушание, избыточность и экстраверсию. Детские психиатры используют «гиперактивность» в более узком смысле, определяя ее по наличию беспокойности и невнимательности (а иногда и импульсивности). В общей популяции внимание и активность представляют континуум. «Гиперактивность» иногда используют как размерность, имея в виду весь континуум, а иногда - как категорию, имея в виду индивидуумов с крайними значениями, служащими основанием для диагноза. Но даже при использовании «гиперактивности» в качестве диагностической категории, различные диагностические схемы в совершенно разных местах проводят границу, разделяющую нормальность и гиперактивность. В Британии традиционно применяли очень строгие критерии «гиперкинеза», делая его тяжелым расстройством, поражающим примерно 0,1% детей, тогда как в Северной Америке для установления синдрома дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) пользовались более широкими условиями, так что в некоторых областях до 6% мальчиков лечили от этого расстройства стимуляторами. Эмпирические подходы к классификации совсем недавно подтвердили обоснованность категории, которая лежит где-то между этими двумя крайностями. Направляемые этими исследованиями две главные международные классификации теперь уже больше похожи друг на друга, так что между гиперкинезом по МКБ-10 и СДВГ по DSM-IV уже меньше различий.

### Эпидемиология

Распространенность гиперкинеза по МКБ-10 - около 1-3%, а СДВГ по DSM-IV - 2-5%. Соотношение мужского и женского пола примерно 3:1. Чаще встречается у младших детей. Гиперактивность связана с депривацией. Она чаще встречается в старой части городов, очень бедных сельских районах, в семьях с низким социально-экономическим статусом и среди детей, выращенных в учреждениях.

### Характерные признаки

#### Выраженная беспокойность, невнимательность и импульсивность

Гиперактивные дети крутятся и вертятся на своем месте, теребят вещи или одежду, многократно встают и блуждают вокруг, когда им следует сидеть, им трудно упорствовать в любом задании, они часто меняют занятия и легко отвлекаются. Наиболее явная аномалия – не в количестве активности, а в ее контроле. На игровой площадке гиперактивный ребенок может быть не более активным, чем кто-либо другой. Что выделяется, так это неспособность ребенка сдерживать активность, когда необходимо утихомириться, например в классе или за обеденным столом. Гиперактивные дети к тому же обычно бывают импульсивны: действуют без должного размышления, совершают опрометчивые, а иногда и опасные поступки, в классе выпаливают ответы, перебивают взрослых и детей и не дожидаются своей очереди в играх. Впрочем, импульсивность также является частым признаком поведенческих расстройств (см. рамку 6.3), поэтому, когда пытаются отличить гиперактивность от поведенческих расстройств, она не так полезна, как чрезмерная активность и невнимательность.

### Устойчивость

Устойчивость в различных ситуациях – ключевое требование в определениях МКБ-10 и DSM-IV. Для диагноза гиперкинеза или СДВГ недостаточно тяжелой гиперактивности только в одной обстановке. Гиперактивность должна проявляться в разных обстановках, например *и дома и в*

школе. Важно отметить, что, несмотря на это, устойчивая гиперактивность может не проявиться во время короткого посещения врача, так как ребенок может испугаться незнакомых специалистов или может быть рад заняться интересными заданиями, получая много внимания от взрослых.

### **Хроническое течение и раннее начало**

И в МКБ-10 и в DSM-IV требуется хроническое течение (симптомы, по меньшей мере, 6 месяцев) и раннее начало (к семилетнему возрасту или раньше). И хотя гиперактивность обычно восходит к дошкольному возрасту, направление к врачу обычно задерживается до начальной школы. Именно в этот период невнимательность ребенка, проблемы с обучением и деструктивность начинают причинять все больше и больше неприятностей.

### **Критерии исключения**

И в МКБ-10 и в DSM-IV, расстройства аутистического спектра (устойчивые расстройства развития<sup>3</sup>) имеют превосходство над гиперактивными расстройствами. И хотя дети с расстройствами аутистического спектра могут быть беспокойными и невнимательными, они не получают второго диагноза гиперкинеза или СДВГ. Диагноз гиперактивности не ставят, когда беспокойность и плохая концентрация внимания обусловлены расстройством настроения, тревожным расстройством или шизофренией.

### **Оценка симптомов**

- (1) **Внимание** в первую очередь оценивают по тому, как долго ребенок настойчиво продолжает заниматься различными вещами, включая игру в одиночестве, чтение, рисование и игру с другом. О некоторых детях сообщают, что они довольно долго настойчивы, когда играют в одиночестве или с другими, но при более тщательном расспросе оказывается, что интервал внимания у них краткий и они часто переключаются с одной игровой активности на другую. Поскольку почти все дети, за исключением самых гиперактивных, способны длительное время смотреть телевизор или играть в компьютерные игры, это не является дискриминирующим показателем внимания.
- (2) **Двигательную активность** оценивают тем, (а) как долго ребенок может оставаться сидящим во время вышеуказанных занятий; (б) какую долю времени он/а ергаэйт и (в) как часто убегает во время семейных прогулок или в магазине.

### **Обычные сопутствующие признаки**

- (1) **Вызывающее, агрессивное и антисоциальное поведение** часто достаточно выражено, чтобы иметь основания для диагноза поведенческого расстройства (см. главу 6). Детский психиатр, применяющий DSM-IV, поставит двойной диагноз СДВГ и расстройства поведения (или оппозиционно-вызывающего расстройства); детский психиатр, применяющий МКБ-10, будет пользоваться специфическим сочетанным диагнозом гиперкинетического расстройства поведения.
- (2) **Проблемы с социальными отношениями.** Гиперактивные дети часто социально расторможены с взрослыми, слишком фамильярны и нахальные. Их обычно отвергают сверстники, отчасти в ответ на деструктивность гиперактивных детей и импульсивное пренебрежение пра-

вилиами и очередностью. Гиперактивных детей легко склонить и спровоцировать на всевозможное озорство.

- (3) ***IQ ниже 100*** у многих, но не у всех детей.
- (4) ***Специфические проблемы с обучением*** (например с чтением или письмом), даже если учесть IQ.
- (5) ***Неуклюжесть*** и незрелость неврологического развития («легкие неврологические знаки»).
- (6) История специфической ***задержки развития***, например в усвоении языка.

### Дифференциальный диагноз

- (1) ***Нормальность.*** Родители могут жаловаться на беспокойность и невнимательность не-большой степени, которые находятся в пределах нормы. Для родителей и учителей может быть утомителен простой избыток, и это требует сочувствия, а не диагностического обозначения!
- (2) ***Ситуационная гиперактивность.*** Некоторые дети кажутся гиперактивными и невнимательными только в одной обстановке, например в школе, но не дома, или наоборот. У таких детей не может быть диагностирован ни гиперкинез по МКБ-10, ни СДВГ по DSM-IV, т.к. согласно современным руководствам требуется межситуационная устойчивость. Природа ситуационной гиперактивности до сих пор неясна. Есть вероятность, что ситуационная гиперактивность – это более легкий вариант устойчивой гиперактивности. Альтернативное объяснение – то, что гиперактивность, ограничивающаяся школой, может быть особым образом связана со специфическими трудностями при обучении (нераспознанными), тогда как гиперактивность, ограничивающаяся домом, может быть проявлением домашних трудностей во взаимоотношениях или с поведением.
- (3) ***Поведенческие расстройства.*** Часто сочетаются с истинной гиперактивностью, но иногда «чистые» расстройства поведения или оппозиционные расстройства могут имитировать гиперактивность. Импульсивность является признаком обоих расстройств (см. рамку 6.3). Помимо этого, дети с поведенческими проблемами, находясь в школе, могут не хотеть приниматься за учебу и блуждать по классной комнате, создавая неприятности. Подобным же образом, дети с поведенческими проблемами, находясь дома, могут не приниматься за домашние обязанности или задания на дом. Ключевой вопрос здесь – сохраняются ли беспокойность и невнимательность во время выбранных занятий, таких как рисование, чтение комиксов, постройки моделей или игры с друзьями. Если ответ «нет», маловероятно, что это гиперактивность; если «да», это может быть смешанное расстройство гиперактивности/поведения (в зависимости от устойчивости, возраста начала и т.д.).
- (4) ***Эмоциональное расстройство.*** Тяжелая тревога, депрессия или мания, - все это может приводить к беспокойности и невнимательности (и в этом случае диагноз гиперактивности исключается). Если ребенок предъявляет смесь гиперактивности и эмоциональных симптомов, существенно важно тщательно собрать историю, чтобы установить, что началось первым. Если первыми появились эмоциональные симптомы, ребенку, вероятно, следует поставить диагноз только эмоционального расстройства. Однако, если первыми появились симптомы гиперактивности, это может оказаться острым эмоциональным расстройством поверх хронической проблемы гиперактивности.

- (5) **Тики, хорея и другие дискинезии.** Они могут быть ошибочно приняты за ерзанье. Внимательно наблюдайте за движениями. Дети с тикозными расстройствами могут быть также гиперактивными, и гиперактивность может проявиться задолго до первого тика.
- (6) **Расстройства аутистического спектра.** Их можно предположить, если беспокойность и невнимательность сопровождаются социальными нарушениями, отклонениями общения, ригидным и повторяющимся поведением аутистического характера или отсутствием спонтанной символической игры.
- (7) **Генерализованная недостаточная обучаемость.** У такого ребенка внимание и регуляция активности могут быть снижены относительно его хронологического возраста, но соответствовать умственному возрасту. Однако, даже учитывая умственный возраст, многие дети с генерализованной недостаточной обучаемостью еще и гиперактивны. Среди детей с генерализованной недостаточной обучаемостью гиперактивность встречается примерно в 10-30 раз чаще.

## **Причинность**

Поскольку барбитураты и бензодиазепины иногда могут спровоцировать тяжелую гиперактивность, а стимуляторы и другие лекарственные средства полезны при лечении гиперактивности (см. ниже), представляется правдоподобным, что гиперактивность отражает нейрохимический дисбаланс. Дофаминергическая и норадренергическая системы - первые на подозрении, но стоит отметить, что на гиперактивность влияет большой спектр веществ, действующих на множество различных рецепторов и нейротрансмиттеров.

Исследования семей, приемных детей и близнецов позволяют полагать, что существенный вклад вносят генетические факторы. Накапливаются данные о том, что риск гиперактивности изменяется в зависимости от полиморфизма некоторых генов, имеющих отношение к дофаминергической и норадренергической трансмиттерным системам, например гена переносчика дофамина DAT1 и гена рецептора дофамина D4. Эти идентифицированные гены отвечают только за небольшую часть наследуемости гиперактивности, в будущем список генов предрасположенности, скорее всего, возрастет.

Несмотря на то, что дети с эпилепсией или другими мозговыми нарушениями особенно подвержены гиперактивности (и другим психиатрическим проблемам), у большинства детей с гиперактивностью нет неврологических симптомов или признаков: гиперактивность не является синонимом явного повреждения мозга, и такие термины, как «минимальная мозговая дисфункция» бесполезны. Для того, чтобы нейробиологические объяснения приносили пользу, необходимо, чтобы они были как можно более специфичными и поддающимися проверке. В нейровизионных и нейропсихологических исследованиях накапливаются свидетельства, подтверждающие представление о том, что гиперактивность является следствием нарушения исполнительного функционирования, связанного со структурными и функциональными аномалиями префронтальной коры и базальных ганглиев.

Несмотря на популярные стереотипы, говорящие об обратном, перинатальные осложнения и воздействие повышенного уровня свинца не являются распространенными причинами гиперактивности. Впрочем, гораздо больше данных в пользу широкого распространенного мнения, что гиперактивность может быть инициирована нежелательными реакциями на специфическую пищу или напитки.

Помимо биологических, на гиперактивность воздействуют и психосоциальные факторы, об этом свидетельствует связь гиперактивности с депривацией и воспитанием в учреждениях. На прогноз может повлиять реакция родителей и учителей на гиперактивность ребенка. Накапливаются свидетельства, что родители и учителя, отвечающие на гиперактивность критикой, охлаждением и недостаточным участием, тем самым увеличивают возможность того, что ребенок станет вызывающим, агрессивным и антисоциальным.

## **Лечение**

### **Образование**

Природу расстройства нужно объяснить ребенку, семье и школе. В гиперактивности не виноваты ни ребенок, ни родители. И поскольку гиперактивные дети могут быть совершенно невыносимыми, они часто навлекают на себя много критики и мало похвалы. Однако этот баланс может улучшиться, как только взрослые признают, что проблемы ребенка – не просто намеренное непослушание. Нормы относительно неприемлемого поведения должны быть ясными, должны настойчиво и спокойно претворяться в жизнь и поддерживаться немедленными (но не суровыми) санкциями. Ключевая цель лечения – уменьшить вероятность того, что ребенок дополнитель но приобретет поведенческое расстройство. Специальные проблемы с обучением могут потребовать коррекционной помощи, и при любом обучении необходимо учитывать, что у ребенка ограниченный интервал внимания.

### **Психологическое лечение**

Управление поведением часто полезно и в самых легких случаях может быть единственным лечением, которое требуется. Наиболее подходящим объектом для поведенческого подхода являются любые сопутствующие оппозиционные или поведенческие проблемы (см. главу 6). Программы тренинга родителей могут улучшить навыки родителей в управлении ребенком и тем самым уменьшить семейный стресс и негативное поведение детей. В процессе развития они могут улучшить прогноз у детей, снижая вероятность злоупотребления психоактивными веществами и антисоциального расстройства личности в будущем. Менее понятно, насколько полезны поведенческие или когнитивно-поведенческие подходы, когда их объектом являются ключевые симптомы СДВГ. Можно награждать детей, когда они сосредотачиваются все более и более длительные промежутки времени, можно также учить их когнитивным стратегиям, чтобы увеличить обдумывание. Однако неясно, какая будет от этого польза в реальной жизни.

### **Медикаментозное лечение**

Лечение стимуляторами – хорошо проверенное лечение гиперактивности, при этом в Соединенном Королевстве оно используется скорее недостаточно, а в США – избыточно. Наиболее часто применяемым стимулятором является метилфенидат, но очень похожими характеристиками обладает дексамфетамин; пемолин сейчас применяют редко, так как опасаются повреждения печени. Хороший эффект от медикаментозного лечения стимуляторами ожидается при тяжелой и устойчивой гиперактивности и при отсутствии эмоциональных симптомов. У многих родителей по поводу медикаментозного лечения имеются возражения, но поскольку результат может быть просто поразительным, часто стоит посоветовать родителям, чтобы они подумали о кратком курсе медикаментозного лечения, если оно может помочь ребенку. Увидев положительные и отрицательные эффекты, семья может вместе со специалистами решать, стоит ли продолжать медикаментозное лечение после окончания пробного курса.

Если медикаментозное лечение благотворно действует на внимание и уровень активности, часто наступает параллельное улучшение в послушании, взаимоотношениях со сверстниками, взаимоотношениях в семье и обучаемости. У детей метилфенидат и дексамфетамин не вызывают привыкания, не вызывают у них «подъема» и не оказывают седативного действия. Побочные эффекты редко причиняют неприятности. Головная боль, боли в животе, дисфория и дрожание часто проходят спонтанно или реагируют на уменьшение дозы. Со снижением аппетита и трудностями при засыпании обычно можно справиться, подбирая дозировку и время приема. Передозировка может вызвать повторяющиеся действия и стереотипии, но эти побочные эффекты при уменьшении дозы обычно исчезают. Стимуляторы могут усилить тики, поэтому они не являются препаратами первого выбора у детей с тиками или при отягощающей историей тиков в семье. Стимуляторы можно назначать месяцами и годами. Длительное применение стимулято-

ров в высшей степени безопасно: единственное возможное осложнение длительного применения – весьма незначительное уменьшение роста у взрослых, но даже это неоднозначно. При гиперактивности иногда применяют и другие препараты, в том числе клонидин, бупропион и трициклические препараты, такие как имипрамин. Медикаментозное лечение всегда должно быть частью интегрированного комплексного лечения. Хороший эффект от стимуляторов – это, скорее, начало, а не конец лечения: возрастает вероятность успешной работы с семьей и школой для того, чтобы вернуть ребенка на как можно более нормальную траекторию развития. Применение лекарственных препаратов может быть полезным симптоматическим лечением, однако остается неясным, изменяется ли при этом долгосрочный прогноз. Впрочем, даже если бы долгосрочного эффекта и не было, это не может быть причиной для отказа в лечении: дети в любом случае достойны симптоматического облегчения. Как-никак, взрослые применяют лекарственные препараты для того, чтобы получить симптоматическое облегчение при простудах или болях, которые пройдут в любом случае.

## **Диета**

Лечение диетой очень популярно у родителей, и часто бывает необходимо вначале попробовать его, прежде чем семья согласится на что-нибудь другое. Последние данные говорят о том, что некоторым детям становится значительно лучше, когда из их диеты исключают определенные продукты, хотя до сих пор неизвестно, редко или часто встречаются дети, реагирующие на диету. На основании анализов крови или кожных проб невозможно предсказать, каким детям она поможет, и какие продукты за это отвечают. Редко единственными виновниками бывают добавки, обычно также участвуют один или два из более естественных продуктов, таких как молоко, мучные изделия или апельсины. Как описано в главе 34, надлежащее пробное лечение диетой – очень тяжелый труд для всех заинтересованных лиц.

## **Прогноз**

Чрезмерная активность обычно идет на убыль в подростковом возрасте, хотя у многих пораженных индивидуумов проблемы, связанные с невнимательностью, импульсивностью и внутренним чувством беспокойности сохраняются и во взрослой жизни. Достижения в учебе часто слабые, и это может объяснять более низкое профессиональное положение во взрослой жизни. У детей с сочетанием гиперактивности и расстройства поведения высок риск антисоциального расстройства личности и злоупотребления психоактивными веществами во взрослой жизни; у детей с «чистой» гиперактивностью риск этих антисоциальных исходов меньше, хотя они, тем не менее, уязвимы.

## **Обзор по теме**

Schachar R., Tannock R. (2002) Syndromes of hyperactivity and attention deficit. In: Rutter, M., Taylor, E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 399-418.

## **Дополнительное чтение**

MTA Cooperative Group (1999) A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 56, 1073-1086.

Schachar R. et al. (1987) Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26, 728-732.

Taylor E. et al. (1996) Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1213-1226.

Taylor E. (1998) Clinical foundations of hyperactivity research. Behavioural Brain Research, 94, 11-24.

## Глава 6 РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ

Расстройство поведения (РП) – этот термин используют для обозначения синдрома, ключевые симптомы которого характеризуют *устойчивую неспособность контролировать поведение в соответствии с установленными в обществе нормами*. По данным большей части эпидемиологических исследований, это наиболее распространенная проблема в детской психиатрии. РП часто бывает устойчивым, тяжело обходится обществу и по имеющимся до сих пор доказательствам в значительной степени незлечимо. Проблемы с поведением включают три перекрывающиеся области: *открытое неповиновение* воле того, кто обленен властью, *агрессивность* и *антисоциальное поведение*, которое нарушает права других людей и причиняет вред собственности и личности. Ничто из этого само по себе не является ни аномальным, ни патологическим, и на самом деле бывают случаи, когда стараются поддерживать некоторые из этих действий у слишком зависимых детей. Непослушание и деструктивное поведение являются частью нормального развития, которая обычно уменьшается по мере созревания, и диагноз следует ставить только тогда, когда такое поведение одновременно и чрезмерно, и устойчиво.

### Психиатрическое обозначение и социальный контроль

Но следует ли давать детям психиатрическое обозначение только потому, что их поведение не приемлемо для людей, облененных властью? При тоталитарных режимах подобные обоснования использовали для того, чтобы оправдать заключение диссидентов в психиатрическую лечебницу. Отчасти по этой причине многие психиатры ставят диагноз РП только при наличии дополнительного критерия: проблемы с поведением приводят к нарушению каждого дня функционирования (например, в межличностных отношениях или учебе в школе). Этот критерий нарушения включен в DSM-IV, но не в МКБ-10.

### Размерность или категория?

Можно утверждать, что проблемы с поведением более целесообразно рассматривать как размерность (также как кровяное давление), чем как категорию «все-или-ничего» (нормальное vs гипертензия). В медицине, чтобы отличить нормальность от ненормальности, для непрерывных переменных часто устанавливают пограничные значения. В психологии гораздо чаще размыщение идет на основе размерностей; при этом сохраняют непрерывные переменные и изучают, в какой степени возрастающие аномальные оценки сопровождаются возрастающими дизадаптивными исходами. В случае проблем с поведением есть много причин рекомендовать размерный подход. Так, по мере возрастания разнообразия и тяжести проблем с поведением, прогрессивно ухудшается прогноз. Нет относительно резкого перехода от хорошего прогноза у детей с РП чуть ниже порогового уровня к плохому прогнозу у детей с РП выше порога (хотя, похоже, имеет место то, что, если проблемы с поведением ограничены только одной областью, например, агрессией у таких детей прогноз действительно хороший). Кроме того, есть риск, что классификация «все или ничего», разделяющая детей на имеющих и не имеющих РП, может создать отношение типа «мы - они», которое усугубит маргинализацию проблемных семей. Тем не менее категориальный подход не только проще, его преимущество - в изучении наиболее тяжело пораженных индивидуумов, эта группа особенно важна клинически, и большинство исследований причинности и лечения основывается именно на ней. Преимущество постановки диагноза в том, что это влечет за собой необходимость помимо основной феноменологии искать известные сопутствующие признаки (плохое родительское воспитание, гиперактивность, задержку чтения, плохие социальные навыки и навыки взаимоотношений), дает информацию, касающуюся прогноза, и несет информацию о том, какое лечение, скорее всего, будет эффективно. Недостаток – в том, что постановка диагноза может привести к убеждению о неизменной, биологически обусловленной сущности ребенка, и в результате этого значение эмоциональных воздействий и возможности изменений могут быть преуменьшены. Преимущество рассмотрения проблем с поведением как размерности и, следовательно, преувеличения нормального поведения – в том, что средовые де-

терминанты, вызывающие или усиливающие поведение, могут быть более тщательно исследованы и, по возможности, скорректированы. Недостаток размерного подхода в том, что могут быть пропущены сопутствующие трудности. Таким образом, оба подхода имеют определенные преимущества, и мудрый специалист будет пытаться извлечь и применить лучшее из каждого.

## **Является ли расстройство поведения психиатрической проблемой?**

Вопрос, должны ли проблемы с поведением оцениваться и лечиться специалистами по психическому здоровью детей, является предметом спора. Эти трудности, определенно, являются поведением, выходящим за границы нормы, вызывающим нарушения и обременяющим других. Однако то же самое имеется, если подросток курит 40 сигарет в день или ездит на мотоцикле со скоростью 160 км/ч, и, тем не менее, такие проблемы чаще рассматривают как социальные или моральные, а не как имеющие отношение к здоровью.

Возможно, те случаи, когда расстройство поведения отчетливо социально детерминировано и ведение – исключительно вопрос дисциплины или управления поведением, можно отнести к сфере деятельности социальных служб, образования или общественных ведомств. Чтобы быть максимально эффективными, этим организациям понадобится освоить широкий спектр навыков для оценки и ведения, многие из которых были изначально разработаны в сфере психического здоровья. Им надо будет иметь возможность выявить небольшое число детей с расстройством поведения и такими проблемами, как гиперактивность или депрессия, при которых поможет направление к специалистам по психическому здоровью. Им также надо будет иметь возможность выявить проблемы с обучением, при которых поможет направление на специальное обучение. Учитывая большую распространенность проблем с поведением и относительно небольшое число специалистов по психическому здоровью детей, практические стороны эффективного обеспечения обслуживания требуют подобного расширения экспертизы и ответственности - это обсуждается в главе 39 по организации служб. Долгосрочная стоимость детей с расстройством поведения для общества в финансовом выражении, по меньшей мере, в десять раз выше, чем контрольной группы; расходы несут многие организации, поэтому есть экономические основания для того, чтобы к лечению и профилактике подключился ряд государственных ведомств.

## **Симптомы и признаки**

Проявления меняются с возрастом. У младших детей чаще видны признаки *оппозиционно-вызывающего расстройства* (ОВР), которое является в МКБ-10 подтипом РП, а в DSM-IV – отдельным заболеванием. Действия, являющиеся критериями ОВР (см. вставку 6.1), должны совершаться «значительно чаще, чем у других детей, соответствующих по умственному развитию». Критерии РП в DSM-IV (см. вставку 6.2) с большей вероятностью соблюдаются у старших детей и ближе к критериям антисоциального расстройства личности у взрослых. Это определение с меньшей вероятностью касается девочек, чем предыдущие определения, так как в нем были опущены ранний сексуальный опыт, раннее злоупотребление психоактивными веществами и хроническое нарушение правил.

### **Вставка 6.1 Критерии оппозиционно-вызывающего расстройства в DSM-IV**

По меньшей мере, четыре из следующего на протяжении шести месяцев:

- |  |  |
|--|--|
| (1) Часто выходит из себя  | (5) Часто переносит вину на других       |
| (2) Часто спорит со взрослыми                                    | (6) Часто обидчив или ему легко досадить |
| (3) Часто отказывается выполнять требования взрослых или правила | (7) Часто сердит или негодует            |
| (4) Часто намеренно досаждает другим                             | (8) Часто злобен или мстителен           |

## **Вставка 6.2 Критерии расстройства поведения в DSM-IV**

Нарушения в течение 12 месяцев включают по меньшей мере три из следующего:

- |   |  |
|---|--|
| (1) Часто задирается, угрожает или запугивает       | (9) Уничтожал/а чужую собственность                        |
| (2) Часто затевает драки                            | (10) Проникал/а в автомобили или чужие дома                |
| (3) Использовал/а серьезное оружие в драках         | (11) Обманывает других                                     |
| (4) Физически жесток/а с людьми                     | (12) Кражи без применения силы                             |
| (5) Физически жесток/а с животными                  | (13) Часто проводит ночь вне дома без разрешения           |
| (6) Кражи с применением силы                        | (14) Убегал/а из дома с ночевкой дважды                    |
| (7) Принуждал/а кого-нибудь к сексуальным действиям | (15) Часто прогуливает школу, начиная с возраста до 13 лет |
| (8) Поджог с целью причинить ущерб                  |  |

## **Сопутствующие признаки**

### **Психиатрические симптомы**

- **Гиперактивность.** Беспокойность, невнимательность, импульсивность и общая чрезмерная активность часто существуют, но в Соединенном Королевстве зачастую недостаточно распознаются. Эта комбинация приводит к худшему исходу.
- **Сниженное настроение.** Примерно у трети проявляются выраженные эмоциональные симптомы, чаще всего несчастливость и печаль. При наличии этих симптомов возникает повышенный риск депрессии и умышленного самоповреждения в отроческом и взрослом возрасте.

### **Неудачи в учебе**

У многих пораженных индивидуумов слабые достижения в смысле оценок и уровня работы, и часто имеются специфические дефициты обучения. При тестировании почти у трети детей с РП оказывается специфическое расстройство чтения (СРЧ), которое обычно определяют при уровне чтения более чем на два стандартных отклонения ниже ожидаемого в соответствии с возрастом и интеллектом (см. главу 27). И обратно, почти у трети детей с СРЧ имеется РП. Связь между РП и СРЧ может быть обусловлена любой из трех возможных причин. Во-первых, деструктивное поведение может мешать учебе в школе. Во-вторых, дети, неспособные понимать и участвовать в занятиях, могут в результате фрустрации стать деструктивными. В-третьих, и деструктивность и проблемы с чтением могут быть результатом третьего фактора, например гиперактивности или неподдерживающего недоброжелательного воспитания. Независимо от слабых достижений, РП сопутствует сниженный IQ.

### **Плохие межличностные отношения**

Деструктивные дети часто становятся непопулярными среди сверстников и у них зачастую нет постоянных друзей. Они обычно обнаруживают плохие социальные навыки и со сверстниками, и с взрослыми, например им трудно поддерживать игру или содействовать положительным со-

циальным взаимообменам. Плохие взаимоотношения со сверстниками предсказывают неблагоприятный исход. В МКБ-10 РП разделяются на «социализированный» и «несоциализированный» типы в соответствии с тем, нормальные ли у молодого человека взаимоотношения со сверстниками или нет; в DSM-IV сопоставимых категорий нет. В клинической практике у подавляющего большинства детей с РП взаимоотношения со сверстниками нарушены. Тем не менее данные кластерного анализа указывают на существование относительно небольшой группы молодых людей с нарушенным поведением, которые заводят постоянных друзей, проявляют альтруистическое поведение, чувствуют вину и раскаяние, воздерживаются от обвинения других и проявляют заботу о других. Эти индивидуумы с социализированным РП обычно старше и меньше вовлечены в такие агрессивные антисоциальные поступки, как кражи, прогулы и прием спиртных напитков. Их можно рассматривать как «хорошо приспособленных преступников», которые в пределах своей субкультуры не считаются отклоняющимися.

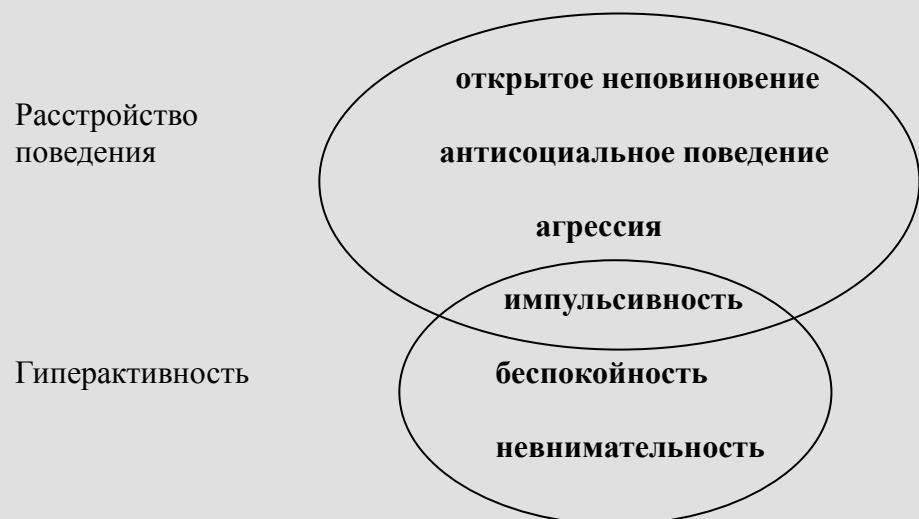
## **Дифференциальный диагноз**

Обычно по поводу диагноза не бывает больших сомнений, если детальная информация получена более чем из одного источника. Множество информантов жизненно важно, поскольку проблемы с поведением могут возникать только в одной обстановке, например только дома или только в школе. Эпидемиологические исследования показали, что между учительскими и родительскими оценками проблем с поведением корреляция довольно слабая.

При дифференциации следует учесть следующие диагнозы:

- (1) **Расстройство адаптации**<sup>9</sup>. Может быть диагностировано, когда симптомы появляются вскорости после воздействия идентифицируемого психосоциального стрессора, такого как развод, тяжелая утрата, усыновление, травма или жестокое обращение (соответственно МКБ-10 - в течение одного месяца, а соответственно DSM-IV - в течение трех месяцев), и симптомы не продолжаются более чем шесть месяцев после прекращения стресса или его последствий.
- (2) **Гиперактивность.** Расстройство поведения может быть ошибочно принято за гиперактивность и наоборот. Это отчасти обусловлено частичным перекрыванием симптомов, как показано во вставке 6.3. В состав чистой гиперактивности не входят открытое неповиновение, агрессия и намеренно антисоциальное поведение. В клинических выборках РП и гиперактивность часто сочетаются, и тогда имеется опасность пропустить гиперактивность.
- (3) **Нормальный ребенок.** Поведение ребенка в пределах нормы, но у родителей или учителей нереалистично высокие ожидания.
- (4) **Субкультурное отклонение.** Некоторые молодые люди антисоциальны, но не особенно агрессивны или вызывающи, и в отклоняющейся от нормы культуре сверстников, где одобряется употребление наркотиков, кражи из магазинов и т.п., они хорошо адаптированы. Им мог бы быть поставлен диагноз социализированного РП по МКБ-10, но можно утверждать, что ошибочно относить к патологии то, что можно рассматривать как вариант культуры.
- (5) **Аутистические расстройства.** Часто сопровождаются выраженными вспышками гнева и деструктивностью, и эти проблемы с поведением иногда бывают главной причиной направления к врачу.

### **Вставка 6.3: Симптомы гиперактивности и расстройства поведения перекрываются**



### **Эпидемиология**

РП диагностировано у 4% детей на острове Уайт, а многие последующие исследования показали даже еще более высокие частоты. Распространенность особенно высока в бедных районах старой части городов. У мальчиков расстройство поведения встречается примерно в три раза чаще, чем у девочек. РП сопутствует более низкий социально-экономический статус (включающий множество переменных), и большой размер семьи. Возраст начала может существенно различаться. Исследование в Дунедине выявило четкое различие между поведенческими симптомами при раннем и позднем начале. Раннее начало (обычно между 3 и 7 годами) обнаружено у 7% популяции; оно приводило к картине устойчивого антисоциального и преступного поведения, которое продолжалось во взрослом возрасте, так что, когда участники были обследованы последний раз в возрасте 30-40 лет, никакого улучшения не было. При такой картине, *устойчивой на протяжении жизни, с ранним началом*, характерен повышенный уровень многих факторов риска в детстве; их можно разделить на воспитательные факторы риска (родитель младше 20 лет, суровая и непоследовательная дисциплина, семейные конфликты, проблемы с психическим здоровьем у матери, замены основного воспитателя) и нейрокогнитивные (гиперактивность, сниженный IQ, плохая память, плохие моторные навыки, более низкая частота сердечных сокращений) факторы риска. Позднее начало (обычно между 13 и 15 годами) обнаружено у других 7% популяции; и если в позднем отрочестве эта группа в целом совершала такое же количество антисоциальных поступков, как и группа с ранним началом, то ближе к тридцати годам у них этот уровень снизился наполовину (но не опустился до нормы). В группе с поздним началом воздействие воспитательных или нейрокогнитивных факторов риска было не больше, чем в популяции в целом.

### **Причины**

#### **Гены или среда?**

РП обычно скапливаются в семьях, и сравнительно с другими детскими психическими расстройствами, разделенная среда влияет на них пропорционально больше, чем разделенные гены. Так, хотя близнецовые исследования обнаружили высокую конкордантность монозиготных пар, конкордантность дизиготных пар тоже высока. Исследования приемных детей показа-

ли, что влияние биологических родителей меньше, чем приемных. Однако в них обнаружен сильный эффект взаимодействия, в соответствии с которым сочетание склонности к трудному темпераменту (на что указывает наличие родителей - правонарушителей или алкоголиков) с неблагоприятной окружающей средой (на что указывает наличие приемных родителей - правонарушителей или алкоголиков) приводит к гораздо более высокой частоте антисоциального поведения и преступности, чем можно было бы ожидать при сложении этих факторов (см. вставку 29.2). Это дает почву для некоего терапевтического оптимизма, поскольку даже если у ребенка от рождения темперамент представляет значительный фактор риска, но воспитание и общая обстановка выращивания благоприятны, дела могут идти относительно хорошо. Однако, по-видимому, в развитии антисоциальной личности и преступности у взрослых генетические влияния играют гораздо большую роль. Цитогенетические исследования до сих пор дали не так много, и исследования отдельных случаев, сообщающие о том, что индивидуумы с кариотипом XYY особенно подвержены тяжелой агрессии, не подтвердились при обследовании выборок из популяции. Начинают появляться молекулярно-генетические исследования. Например, исследование в Дунедине выявило интересное взаимодействие гены – среда, в соответствии с которым у детей с одним конкретным вариантом гена моноаминооксидазы А повышен риск развития антисоциального поведения, но только если они получили относительно плохое воспитание (наихудшая треть популяции); в других случаях повышенного риска антисоциального поведения нет.

### Присущие ребенку механизмы

**Конституциональные характеристики.** В числе предполагаемых - дисбаланс нейротрансмитеров, избыток гормонов (особенно тестостерона) и метаболические изменения, такие как низкий холестерин. Здесь также аномальные формы возбуждения - невозможность успокоиться после фruстрации. Единственные результаты, которые надежно воспроизводятся – то, что у некоторых детей с расстройством поведения более низкая частота сердечных сокращений и сниженный уровень возбуждения в целом. Тем не менее младенцев, темперамент которых классифицирован как «трудный», впоследствии чаще направляют к врачу из-за проблем, связанных с агрессией. У детей с расстройствами неврологического развития, такими как церебральный паралич и эпилепсия, чаще бывают проблемы, связанные с неповиновением и раздражительностью, но риску тяжелого антисоциального поведения они подвержены не больше, чем другие дети.

**Психологические процессы.** У агрессивных детей было обнаружено значительное искажение когнитивной атрибуции, так что они чаще воспринимают нейтральные действия других как враждебные. По мере того, как ребенка все больше не любят и отвергают сверстники, вероятность видеть вещи таким образом возрастает. Социальные навыки отсутствуют. Эмоциональные процессы у детей с РП изучены мало, однако самооценка часто низкая и этому обычно сопутствует печаль. Роль академических достижений обсуждается выше.

### Ближайшая окружающая среда

- (1) **Психическое расстройство родителя.** Это важное влияние, но оно в основном опосредуется супружеским разладом и практикой воспитания ребенка и ни для какого психического заболевания родителей не является специфическим.
- (2) **Родительская преступность.** Применимы сходные соображения, относящиеся к окружающей среде.
- (3) **Практика воспитания ребенка.** РП тесно связано с разладом между родителями, враждебностью, направленной на ребенка, недостатком тепла и недостатком участия. И хотя эти факторы в некоторой степени могут быть реакцией на поведение ребенка, в исследованиях с прослеживанием и вмешательством показано, что они играют причинную роль, вызывая и поддерживая расстройство у ребенка. Недостаточный надзор и непоследовательная дисци-

плины также отчетливо связаны с РП, может быть потому, что ребенку не предоставляется возможность узнать на опыте и выучить предсказуемые социальные правила. Суровая дисциплина также связана с РП.

- (4) **Образцы взаимодействия родитель-ребенок.** Мелкозернистый анализ Паттерсона (Patterson, 1994) показал, что деструктивное поведение детей нарастает, если оно дает им возможность получить больше внимания, избежать неприятных требований или чаще поступать по-своему. Реагируя таким образом, который поощряет деструктивное поведение, и недостаточно поддерживая социально приемлемое поведение, родители обучают своих детей вести себя антисоциально. Вмешательство с целью прервать этот цикл оказалось эффективным.
- (5) **Сексуальное насилие** может привести к появлению проблем с поведением у девочек или мальчиков, которые раньше таких проблем не имели.

## **Более широкая среда**

- (1) **Школьные факторы.** Показано, что они влияют на частоту РП независимо от домашних условий: в плохо организованных, недружественных школах, при низких моральных принципах преподавателей, высокой текучести кадров и плохом контакте с родителями частота РП выше, даже в тех случаях, когда учтены характеристики контингента учащихся.
- (2) **Более широкие социальные влияния.** Несмотря на то, что проблемы с поведением связаны с перенаселенностью, плохим жильем и бедными районами, до сих пор неясно, являются ли эти факторы причинами или просто маркерами других семейных или социально-экономических переменных. Преобладающий в сообществе набор ценностей, при котором молодые люди получают почет и славу за воровство, ношение ножей и прогулывание и добиваются «уважения» других пугающим насилием, сопровождается большей выраженностью расстройств поведения у жителей этого района.

## **Оценка**

Следует детально выяснить тяжесть и частоту вызывающих, агрессивных и антисоциальных поступков примерно за последний месяц. У некоторых родителей есть склонность каталогизировать все «плохое» что было сделано за последний год или даже с рождения. Следует столь же подробно расспросить о внимании и активности (см. главу 5), так как гиперактивность – обычное и легко пропускаемое сопровождение (или дифференциальный диагноз) проблем с поведением. Стоит спрашивать и об импульсивности, хотя она может входить в состав гиперактивности, и проблем с поведением. Не забудьте спросить об эмоциональных симптомах, особенно про несчастливость и печаль. Часть проблем может происходить из обстоятельств, расстраивающих ребенка: например, отец, который часто не является на положенные свидания, или мать, которая, похоже никогда не оценивает ребенка высоко, как бы сильно он ни старался. Силу такой озабоченности можно обнаружить только в ходе индивидуального интервью с ребенком, и ее легко пропустить, если всегда принимать всю семью вместе.

Следует подробно расспросить о практике воспитания, с детальнейшим отчетом о том, что случилось до, во время и после недавнего эпизода проблемного поведения. Кто оказался «победителем»? Что было сказано? Сколько времени понадобилось, чтобы отношения пришли в норму? Спросите: в целом, сколько похвалы и поощрения дается за конструктивное поведение и сколько времени тратится на совместные занятия? Получите подробные недавние примеры. Попытайтесь измерить чуткость родителей по отношению к настроениям и потребностям ребенка, и в какой степени они учитывают их, когда договариваются о том, как уладить разногласия, и когда планируют жизнь ребенка.

Учитывайте эмоциональный настрой родителей и их отношение к ребенку. Может быть полезным спросить о хороших качествах ребенка. Есть ли какое-то тепло и одобрение, несмотря на трудности ребенка, или настрой полностью отрицательный? Могут быть обнаружены мощные убеждения, к которым необходимо обращаться, чтобы лечение шло успешно; например, «У него в голове что-то не в порядке» или «Он в точности как его отец. Тот тоже был испорченный».

Прямое наблюдение родителей и детей бесценно для того, чтобы получить образец их взаимодействий, пусть даже и в нетипичных обстоятельствах. Устанавливаются ли четкие границы, или ребенку практически все сходит с рук? Например, как реагируют родители, когда ребенок пытается покинуть помещение? Хорошее поведение хвалят или игнорируют? С ребенком обращаются чутко?

Совершенно необходим школьный рапорт, охватывающий антисоциальное поведение, способность концентрировать внимание и сидеть спокойно, отношения со сверстниками и достижения в учебе, в т.ч. и результаты тестов. Бывают случаи, когда проблемное поведение в классе занимает столько времени учителя, что значительные трудности в чтении могут быть просмотрены или расценены как простое следствие плохого поведения.

## **Лечение**

### **Направленное на ребенка**

- (1) **Модификация поведения** может быть очень эффективна для изменения одного или двух специфических видов антисоциального поведения, но обычно не распространяется на все поведение.
- (2) **Тренинг навыков решения проблем и тренинг социальных навыков.** И то и другое имеют определенный, однако пока весьма умеренный эффект.
- (3) **Индивидуальная психотерапия** обычно бесплодна, так как эти дети плохо понимают, почему они ведут себя таким образом. Более того, когда они могут установить, что их расстраивает, они не в состоянии изменить это или найти другой способ совладания.
- (4) **Медикаментозное лечение и диета.** Когда дети с расстройством поведения еще и гиперактивны, может быть целесообразно назначить медикаментозное лечение или диету в связи с их беспокойностью и невнимательностью (см. главы 5 и 34). В тех случаях, когда медикаментозное лечение стимуляторами снижает беспокойность и невнимательность, оно вполне может также снизить неповиновение, агрессию и антисоциальное поведение. Нет никаких свидетельств о том, что стимуляторы уменьшают проблемы с поведением у детей без сопутствующей гиперактивности. Есть некоторые данные о том, что детям с взрывными вспышками ярости в ответ на минимальную провокацию, которым не помогло соответствующее психологическое ведение, может быть полезен литий, но его очень редко прописывают с этой целью и у него широкий спектр потенциально серьезных побочных эффектов. В тех случаях, когда диета помогает при гиперактивности, она часто уменьшает и раздражительность.

### **Направленное на семью**

- (5) **Семейное консультирование и социальная работа** совершенно необходимы, чтобы обратиться к более крупным деструктивным влияниям и таким образом подготовить почву для более специфической терапевтической работы.

- (6) **Семейная терапия** используется часто, но едва ли оценивалась. Судя по клиническому опыту, она часто полезна для довольно хорошо функционирующих семей, где родители после всего лишь нескольких сеансов смогут улучшить эмоциональный климат и сотрудничать при установлении четких границ своему ребенку; она менее полезна для хаотичных, дезорганизованных семей, которым не достает навыков совладания.
- (7) **Тренинг родителей по управлению** – наилучший из признанных подходов, его эффективность подтверждена при помощи количественных оценок в рандомизированных контролируемых испытаниях. Оно побуждает родителей обращать внимание на желательное поведение и не впутываться в многословные состязания по перебранке; способствует положительным аспектам взаимоотношений родителя с ребенком, кроме того, родителей обучают эффективным методикам обращения с нежелательным поведением. Его можно предоставлять более экономно – в группах, сохраняя при этом эффективность.

### **Направленное на сообщество**

- (8) **Программы предупреждения** в настоящее время проходят оценивание. Величина эффектов обычно умеренная, хотя это может быть полезно для населения в целом.

### **Непрерывность и исход**

- Направленная вперед непрерывность: 40% детей с РП становятся молодыми совершеннолетними делинквентами с продолжающимися проблемами с поведением и нарушенными взаимоотношениями.
- Направленная назад непрерывность: у 90% молодых совершеннолетних делинквентов в детстве было РП.

### **Факторы, предсказывающие исход**

- **У ребенка:** Плохой исход предсказывается ранним началом, широким спектром и большим суммарным числом симптомов, большей тяжестью и частотой отдельных симптомов, устойчивостью в различных ситуациях (дом, школа и другие) и сопутствующей гиперактивностью. И, напротив, при наличии проблемного поведения только в одной области, например при одной агрессивности, прогноз хороший при условии, что нет проблем в других областях, включая взаимоотношения со сверстниками и достижения в учебе. Здесь важно наличие или отсутствие конstellации проблем.
- **В семье:** Плохой исход предсказывается психическим расстройством родителя, родительской преступностью, сильной враждебностью и серьезный разладом, обращенным на ребенка.

### **Типы исхода во взрослом возрасте**

- **Гомотипичная** непрерывность чаще встречается у лиц мужского пола (т.е. симптомы во многом остаются те же): агрессивность и насилие, антисоциальная личность, алкоголь, наркотики; преступность.
- **Гетеротипичная** непрерывность чаще встречается у лиц женского пола (т.е. начинают преобладать симптомы другого вида): широкий спектр эмоциональных и личностных расстройств, меньше агрессивность и преступность.

У индивидуумов с РП в истории болезни, помимо повышенного психиатрического и судебного риска, во взрослом возрасте больше вероятность и социальных нарушений: у них чаще почти никаких образовательных квалификаций, плохая история трудаоустройства и нарушенные социальные отношения, например больше супружеских разрывов.

### **Обзоры по теме**

- Bloomquist M.L., Schell S.V. (2002) *Helping Children with Aggression and Conduct Problems*. Guilford Press, New York.
- Earls F., Mezzacappa E. (2002) Oppositional-defiant and conduct disorders. In: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Blackwell Science, Oxford. pp. 419-436.
- Hill J., Maughan B. (2001) *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Cambridge University Press, Cambridge.

### **Дополнительное чтение**

- Rutter M. et al (1998) *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge University Press, Cambridge
- Scott S. et al (2001) Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ*, 323, 191-194.
- Scott S. et al (2001) Multicentre controlled trial of parenting groups for child antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ*, 323, 194-197.

## Глава 7 ПОДРОСТКОВАЯ ДЕЛИНКВЕНТНОСТЬ

Определение подростковой делинквентности – юридическое и прямо не связано с психическим здоровьем. В Соединенном Королевстве оно относится к лицу между 10 и 17 годами, признанному виновным в правонарушении, которое у совершеннолетнего является уголовным<sup>6</sup>. Вопреки широко распространенному убеждению, более чем 90% преступлений совершаются против собственности, а не против личности: кражи, угон машин, взлом и уничтожающий вандализм. Насилие над личностью, преступления, связанные с наркотиками и половые преступления составляют менее 10%. Сравнения официальных протоколов с самоотчетами делинквентов и результатами обследования потерпевших позволяют предполагать, что официальные протоколы охватывают всего лишь около одной десятой всех совершенных преступлений. Такое расхождение между фактическими и зарегистрированными преступлениями относится главным образом к небольшим правонарушениям; более серьезные в большинстве случаев регистрируются. При относительно мелких правонарушениях - вероятность попасться ниже, если нарушитель белый, посещает престижную школу, из порядочного дома и с нормальным интеллектом. Это неверно в отношении более серьезных преступлений – там личные и демографические характеристики, оцененные по данным самоотчетов и по данным официальных протоколов, очень сходны. А раз уж попался, то вероятность стать обвиняемым выше, если раньше была судимость, если преступление считается серьезным, а также, если индивидуум старше или черный.

### Эпидемиология

**Возраст.** Нарушения закона в целом достигают пика к восемнадцати годам, когда достигают максимума кражи и преступления против собственности; насилие достигает пика в начале третьего десятка и резко снижается к его середине. От половины до трех четвертей осужденных никогда не будут осуждены снова, так что доля «закоренелых преступников» - рецидивистов составляет примерно четверть. Характеристики, предсказывающие рецидивизм, в основном сходны с теми, что предсказывают делинквентность в целом, но выражены сильнее. Главный предиктор устойчивости – начало в малолетнем возрасте. Так, во влиятельном «Кембриджском» продолжительном исследовании, проведенном в старой части Лондона Уэстом и Фаррингтоном, три четверти несовершеннолетних, имевших более трех судимостей, продолжали повторно совершать преступления, став молодыми совершеннолетними.

**Пол.** И в Европе и в Северной Америке делинквенты мужского пола встречаются в 3-10 раз чаще, чем делинквенты женского пола, независимо от того, сделаны оценки по данным официальных протоколов или по данным самоотчетов. Преобладание мужского пола наиболее выражено в отношении агрессивных преступлений. Некоторые преступления, в особенности кражи в магазине, встречаются чаще у лиц женского пола. Межполовым различиям много возможных объяснений, начиная с биологических, которые подтверждаются межкультурной инвариантностью и аналогичными межполовыми различиями у человекаобразных обезьян, и кончая культурными, которые смотрят на то, какое поведение по-разному поддерживается и санкционируется у мальчиков и девочек. Современные данные говорят о том, что и биологическая предрасположенность, и психосоциальные факторы имеют значение. Так, мальчики больше подвержены синдромам с биологической основой, увеличивающим риск делинквентности, таким как гиперкинез; кроме того, к мальчикам, скорее всего, отнесутся благосклонно и будут хвалить, когда они проявляют агрессию как часть обширной субкультуры, где правонарушения и насилие дают почет и славу.

**Социально-экономический статус (СЭС).** Имеет существенное значение, несмотря на то, что многие авторы предпочитают его приуменьшать, так как он ковариирует со многими другими факторами. Градиент СЭС ясен из исследований в Соединенном Королевстве, показывающих, что частота подростковой делинквентности в семьях специалистов и управляющих - около 5% в отличие от семей неквалифицированных работников физического труда, где она составляет около

ло 25%. Такая тенденция в отношении серьезных преступлений подтверждается данными самоотчетов, но касательно менее серьезных преступлений это соотношение уменьшается до 2:1.

**Раса.** В Соединенном Королевстве и официальные протоколы, и сообщения потерпевших позволяют полагать, что вероятность быть вовлеченным в нападение, разбой, насилие или кражу у афрокарибских молодых людей в пять - десять раз больше, чем у их белых сверстников. В первом поколении афрокарибских иммигрантов 50 лет назад было не так. Частота других преступлений несовершеннолетних среди лиц афро-карибского происхождения в настоящее время примерно вдвое выше, чем среди белых. Эти различия между черными и белыми отчасти, но не до конца, объясняются социально-экономическими факторами и характеристиками семьи; десятилетия предубеждения и притеснения, скорее всего, тоже сделали свое дело. В настоящее время уровень делинквентности среди азиатской молодежи ниже, чем среди белой, или такой же.

**Эпоха.** Исторические сведения, по-видимому, указывают на то, что в середине 18-го века насильственная преступность была очень распространена, но затем пошла на убыль, в конце 19-го и начале 20-го века достигла минимума и начала снова возрастать. Последние 50 лет мы, вероятно, видели довольно устойчивый подъем подростковой преступности. В международном масштабе уровень преступности за этот период, согласно официальным данным, в большей части стран возрос в два – шесть раз, хотя отчасти это можно отнести за счет лучшей регистрации. Изменения уровня официально запротоколированной подростковой делинквентности менее устойчивы, отчасти потому, что эти официальные показатели очень сильно реагируют на изменения политики. Например, официальный уровень делинквентности может разительно возрасти, если полиция перейдет от нерегистрируемых предупреждений к предостережениям с занесением в протокол, и снизиться при *обратном* переходе. За последние десятилетия доля правонарушений, включающих насилие, оставалась довольно постоянной, составляя определенно менее 10%, но доля женщин, вовлеченных в преступления, увеличилась: примерно с одной десятой до одной пятой. За последние десять лет в Соединенном Королевстве значительно увеличилось применение молодежью ножей и ружей в насильственных преступлениях.

**Местоположение.** Между районами имеются отчетливые различия в уровне делинквентности, и они не могут полностью объясняться социальным классом или другими социально-экономическими факторами. Показано, что имеет некоторое значение архитектурный план зданий на участке; по-видимому важны возможность наблюдать за людьми и чувство ответственности за то, что называют «защищаемым пространством». На более широком уровне, при сравнении острова Уайт со старой частью Лондона, установлено, что в старой части города частота расстройств поведения более чем вдвое выше, чем в сельской местности, и это объяснялось, главным образом, психосоциальными семейными факторами, такими как психическое расстройство родителя, родительская преступность и разлад в семье; факторы района, например плохие школы, также вносили вклад. Высказано предположение, что в стабильных сплоченных районах, где у жителей не слишком много перемен, имеется социальная сеть, сдерживающая преступность. «Кембриджское» исследование установило, что среди осужденных несовершеннолетних, позже выехавших из бедной части старого Лондона, частота повторных осуждений была ниже, чем у тех, кто остался, даже когда были учтены другие факторы риска.

## Сопутствующие факторы

### **Семья**

- **Размер.** Особенno в низших социально-экономических группах сильна связь с большим размером семьи, причем число братьев более важно, чем число сестер. И, напротив, среди единственных детей уровень делинквентности значительно ниже.
- **Доход.** Низкий доход тесно связан с большей делинквентностью.

- **Преступность.** Серьезные преступления несовершеннолетних особенно сильно связаны с историей преступности родителей или сиблингов. Является ли это следствием разделенных генов, разделенной депривации или социального обучения? Исследования близнецов и приемных детей среди совершеннолетних рецидивистов определенно указывают на умеренное влияние генетики. Исследования подростковой делинквентности также указывают на небольшое влияние генетики, но в целом воздействие разделенной среды кажется более существенным. Играют определенную роль и взаимодействия; так, исследования с наблюдением рано усыновленных детей показали, что приемные родители тех детей, чьи настоящие родители были преступниками, в два раза больше применяли суровые и физические наказания, чем те, у детей которых не было такой наследственности; можно полагать, что ухудшение воспитательной практики вызвано особенностями темперамента детей.
- **Опыт воспитания в детстве.** Подростковая делинквентность, как и расстройство поведения, тесно связана с недостатком заботливого надзора и с разбитым домом. Эмоциональная атмосфера зачастую - враждебность и разлад. Часто нет домашних правил, родители недостаточно следят за поведением и чувствами ребенка и редко реагируют и на желательное, и на отклоняющееся поведение, так что наказания непоследовательны, а похвалы, если бывают, то нерегулярно. Неимение способов решения семейных проблем и кризисов означает, что конфликт ведет к продолжающемуся напряжению и спорам. Нередко бывает физическое, эмоциональное и сексуальное насилие в отношении ребенка.

## Индивидуальные факторы

- **Поведение.** Примерно 90% делинквентов-рецидивистов в среднем детстве были достаточно антисоциальны, чтобы соответствовать критериям расстройства поведения. Так что мнение о том, что у большинства в этой группе упорных делинквентов вначале все было прекрасно, а потом в подростковом возрасте они «попали в плохую компанию» - миф. С другой стороны, у большинства однократных нарушителей предшествующая история непримечательная; и действительно, это часто проявление «переходного возраста, который переживают многие подростки».
- **Интеллект.** Связь между более низким IQ и большей делинквентностью довольно сильная. Так, в одном исследовании среди молодых людей с IQ ниже 90 рецидивистами были 20%, в отличие от 2% среди молодых людей с IQ 110 и выше. Данные самоотчетов показывают, что связь между делинквентностью и низким IQ не просто вызвана тем, что преступления более сметливых делинквентов не раскрывают. Возможно, связь между низким IQ и делинквентностью опосредуется неудачами в учебе, низкой самооценкой и фрустрацией. Альтернативное объяснение - низкий IQ может просто быть маркером другого биологического или социального неблагополучия. Интересно, что связь между низким IQ и проблемами с поведением обнаружена в очень раннем возрасте – уже в три года.
- **Биология.** Вклад генетики в преступность взрослых уже отмечен. Показано, что, в сравнении с контролем, у совершеннолетних преступников, меньше вегетативная реактивность при стрессе, нарушено обучение пассивному избеганию, больше агрессия, хуже навыки внимания и больше склонность искать острые ощущения. Неясно, являются ли характеристики приобретенными или унаследованными. Правонарушения очень редко можно отнести на счет специфических органических синдромов. И хотя исследования ЭЭГ делинквентов не указывают на какие-либо систематические аномалии, крайне агрессивные вспышки ярости иногда объясняют «синдромом эпизодического нарушения контроля», возможно связанного с патологией теменной доли и сложными парциальными припадками. Хромосомной аномалии XYY не сопутствует увеличение насилиственных преступлений, но, по-видимому, сопутствует повышенный уровень мелких правонарушений, что, возможно, опосредуется связью с низким интеллектом.

- **Взаимоотношения.** У несовершеннолетних делинквентов чаще, чем у неделинквентов, нарушенные и дисгармоничные взаимоотношения со сверстниками своего пола и лицами противоположного пола. Большая часть делинквентности несовершеннолетних совершается с другими антисоциальными сверстниками; имеются многочисленные данные о том, что при объединении с ними вероятность устойчивости криминального поведения возрастает. Как будет рассмотрено ниже, это означает, что программы вмешательства и тюрьмы, где собирают вместе антисоциальных молодых людей без строгого надзора за тем, что они говорят и делают, на самом деле могут быть весьма вредными.
- **Альтитюды.** Имеется ли у делинквентов согласованный набор ценностей, противостоящий общественным нормам? Согласно ранним исследованиям - нет, поскольку, отвечая на вопрос, почему они совершают правонарушения, молодые делинквенты обычно упоминали острые ощущения, избавление от скуки и удовлетворение от демонстрации своей удачи сверстникам; и часто материальная выгода не была главной целью. Однако исследования моральных рассуждений выявляют у молодых правонарушителей больше эгоизма и меньше альтруизма; они в меньшей степени могут учитывать точку зрения другого человека и думать о последствиях поступков. Они гораздо чаще верят в то, что применение насилия разрешит конфликтную ситуацию, и что драками и антисоциальным поведением (включая употребление алкоголя и тяжелых наркотиков) они добываются «уважения» среди своих сверстников. Любовь и уважение к школе и отождествление с ее ценностями у них меньше, чем в контрольной группе неделинквентов.
- **Личность.** По личностным характеристикам систематических различий не установлено, но последние исследования указывают на подгруппу с повышенной черствостью и недостаточной эмоциональной отзывчивостью на ситуацию других. Использование термина *расстройство личности* в детском и подростковом возрасте вызывает сомнения. Тем не менее, при всех типах, наблюдавшихся у взрослых, картина в большинстве случаев отчетливо выражена к позднему подростковому возрасту. *Антисоциальное расстройство личности* (ACRL) в DSM IV - преимущественно поведенческое описание совершенных поступков, таких как устойчивая агрессия и безответственность; требуется, чтобы имелось расстройство поведения в юности. От 50 до 80% рецидивистов соответствуют критериям ACRL в DSM, но только 15-30% соответствуют критериям *психопатии* (в настоящее время как расстройство личности не выделяется); они могут составлять подгруппу ACRL. Черствость, вероломство, неглубокие чувства, претенциозность и отсутствие раскаяния - отличительные признаки психопатии, а ключевой дефицит, вероятно, - недостаток эмоциональной межличностной отзывчивости. И хотя тут могут создавать предрасположенность биологические факторы, у психопатов детство хуже и они больше подвергались плохому обращению, чем преступники с ACRL без психопатии.

## **Оценка риска**

При оценке несовершеннолетних делинквентов обычную полную психиатрическую оценку следует дополнить оценкой риска – того, что молодой человек представляет опасность для других и для самого себя. Судебная психиатрия традиционно полагалась на подход, основанный на «клинической мудрости», который обращал больше внимания на личность, чем на окружающую ее среду, на риск в отношении других больше, чем на риск в отношении самого себя, и не имел достаточного научного подтверждения с точки зрения надежности и обоснованности. Изречение «картина насилия, совершенного в прошлом, предсказывает насилие в будущем» остается верным и индексируется количеством и видом преступлений. К сожалению, оно – только приблизительный ориентир, другими словами, оно предсказывает лишь относительно небольшую часть разнообразия исходов: некоторые молодые люди с множеством совершенных ранее преступлений и факторов риска не нарушают снова, а другие, с меньшим количеством того

и другого – нарушают. Поэтому трудно принять верное решение о том, кого нужно содержать в местах заключения. В госпитале Модсли<sup>7</sup> применяют подход, который учитывает факторы, суммированные во вставке 7.1, и многим обязан работе д-ра Кэрол Шедрик (Carol Sheldrick).

### **Вставка 7.1 Факторы, которые надо учитывать при оценке риска у молодых преступников**

#### **Индекс преступления**

Серьезность

Сущность и качество

Характеристики потерпевшего

Намерение и мотив

Роль в преступлении

Поведение

Отношение к преступлению

Сочувствие пострадавшему

Сострадание к другим

#### **Ранее совершенные преступления**

Досье несовершеннолетнего

Число предшествующих арестов

Судимости за насилие

Предупреждения

Самоотчет о правонарушениях

#### **Поведенческие проблемы в прошлом**

Насилие

Самоповреждение

Поджоги

Жестокость по отношению к детям

Жестокость по отношению к животным

Пока общество озабочено безопасностью других, разумно вспомнить о том, что у молодых преступников, особенно в заключении, высокая частота самоповреждений и оценить это тоже (см. главу 11 об умышленном самоповреждении и суициде). Необходимо также уделить внимание окружающей среде, из которой вышел молодой человек, в т.ч. *факторам защиты*, таким как неотклоняющиеся друзья, поддерживающие взаимоотношения с непреступным взрослым, а также навыки, создающие самоуважение и возможности для конструктивной активности или трудоустройства. Следует сделать и обратное: оценить присущие окружающей среде и самому человеку факторы риска, т.к. возможности и стимулы, также необходимые для правонарушающего поведения, часто менее предсказуемы. Молодой человек посещает по ночам общеизвестные места распространения наркотиков? Его друзья колются наркотиками? Кто-нибудь из них ВИЧ-инфицирован? Он встречается с друзьями за пределамиочных клубов, известных своим буйством? Его отец приходит домой пьяный и бьет его? Существует несколько инструментов, которые могут помочь оценить риск, например Историческое/клиническое ведение риска из 20 пунктов (Historical/Clinical Risk management 20-item, HCR-20), адаптированное для подростков.

#### **Ведение**

Наибольшие усилия направлены на четвертую часть преступников, которые многократно нарушают закон. Мало данных, подтверждающих эффективность наказаний, таких как тюрьма, или других юридических подходов, а вера в такие крайности, как «короткие резкие шоки», с одной стороны, или длительная индивидуальная терапия - с другой, питается скорее модой и полити-

ческой идеологией, чем эмпирическими доказательствами. Три подхода к лечению были подвергнуты достаточно корректной оценке и оказались эффективными. Функциональная семейная терапия, разработанная Джеймсом Александром (James Alexander), наименее интенсивная, привлекает индивидуального психотерапевта, который работает с каждой семьей на дому в течение 10-12 недель. Она состоит из трех этапов: первый предназначен для того, чтобы побудить семью к изменениям, на втором семью обучают, как изменить специфическую проблему, и на заключительном этапе семье помогают распространить имеющиеся навыки решения проблем.

Мультисистемная терапия (МСТ), разработанная Скоттом Хенгелером (Scott Henggeler), также продолжается около трех месяцев. Она исходит из обоснованных исследований развития, в которых показано, что серьезное антисоциальное поведение определяется множеством факторов, и многие из них находятся в ближайшем окружении молодого человека. Следовательно, нет никакого смысла временно изолировать молодого человека от этих факторов, повысить уровень одного из наиболее мощных усугубляющих факторов, а потом снова вернуть молодого человека в старое криминогенное окружение, которое ничуть не изменилось. Тем не менее именно это делает нынешняя система правосудия для несовершеннолетних, когда заключает молодых преступников в тюрьму вместе с другими в высшей степени антисоциальными сверстниками. МСТ следует противоположным курсом, и вместо того, чтобы влиять средства в лишение свободы, направляет их на попытки изменить среду, окружающую молодых людей. В МСТ шесть элементов, которые применяются гибко, с учетом потребностей молодого человека (см. вставку 7.2). В повторных исследованиях показано, что при МСТ уровень повторных правонарушений снижается от одной трети до половины, и возрастает дружелюбное поведение. Однако ключевым является гарантия качества, а для этого требуется бригада сотрудников, обеспечивающих достаточную текущую поддержку и супервизию психотерапевтов; имеются хорошие доказательства того, что в центрах, не поддерживающих качество лечения, результаты становятся хуже.

### **Вставка 7.2 Элементы мультисистемной терапии (МСТ)**

- (1) Семейная терапия, направленная на эффективное общение и методичные системы вознаграждения и наказания, применяющаяся для разрешения повседневных конфликтов тактику решения проблем.
- (2) Поощрение того, чтобы проводить больше времени со сверстниками, не имеющими проблем, и прекратить встречаться с другими делинквентами.
- (3) Взаимодействие со школой, чтобы улучшить учебу и выполнение домашних заданий, а также реструктурировать время после школы.
- (4) Индивидуальное развитие, включая тренинг сопротивления негативному влиянию сверстников.
- (5) Уполномочить молодых людей и их родителей справляться с проблемами в семье, школе, районе и со сверстниками – упор делается на развитие умений семьи решать проблемы собственными силами, а не на предоставление готовых ответов.
- (6) Координация с другими учреждениями, например, в сфере правосудия по делам несовершеннолетних, социальной работы, охраны психического здоровья, образования.

Многомерное лечение в приемной семье (МЛПС) разработано Патрицией Чемберлен (Patricia Chamberlain). Это самый интенсивный из трех подходов, и он также базируется на обоснованных исследованиях причин делинквентности. При этом молодого человека примерно на 6 месяцев помещают в приемную семью, учат жизненным навыкам и ограждают от антисоциальных сверстников. Строгий режим предоставляет немедленное вознаграждение за любое положительное поведение и санкции за нарушение правил. Это проводится посредством системы баллов, тщательно подогнанной к потребностям и интересам индивидуумов. В течение этого времени родную семью обучают навыкам управления и надзора за молодым человеком. В течение одного года после возвращения домой уровень правонарушений также снижается от одной трети до по-

ловины. Показано, что тренинг родителей также снижает уровень правонарушений, но ценой значительных эмоциональных затрат привлеченного персонала.

Превентивные программы в принципе заманчивы, т.к. запускаются до того, как антисоциальное поведение основательно укоренилось. Такие программы направлены на раннее или среднее детство и могут осуществляться на одном из трех уровней: *универсальное* вмешательство для всех детей, *направленное* вмешательство для детей с высоким риском стать правонарушителями и *предписанное* вмешательство, предназначенное для *вторичного предупреждения* правонарушающего поведения среди тех, кто направлен на прием по поводу уже установленных проблем с поведением. Пока что немногие универсальные программы были подвергнуты оценке, но имеются многообещающие целенаправленные программы для детей начальной школы, включающие три составные части: тренинг родителей по управлению, коррекционное обучение чтению и тренинг учителей по методикам управления классом. Вторичное предупреждение может быть вполне осуществимо, поскольку показано, что тренинг родителей по управлению уменьшает проблемы с поведением в среднем детстве, хотя еще требуется установить, что оно действительно снижает последующую делинквентность. У всех превентивных подходов одна проблема – семьи, где дети больше всего нуждаются в этой помощи, трудно привлечь.

## Обзоры по теме

- Bailey S. (2002) Treatment of delinquents. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 1019-1037.  
Rutter M. L. et al. (1998) Antisocial behaviour by young people. Cambridge: Cambridge University Press.

## Дополнительное чтение

- Bailey S, Dolan M. (2004) Forensic Adolescent Psychiatry. London: Butterworth.  
Chamberlain P. (2003) Treating chronic juvenile offenders. Washington: American Psychological Association.  
Farrington D.P. (2002) Key results from the first forty years of the Cambridge study in delinquent development. In: Thornberry T.P., Kern M.D. (eds) Taking stock of delinquency: and overview of findings from contemporary longitudinal studies New York: Kluwer/Plenum. (Подводит итог особенно влиятельного продолжительного исследования делинквентности и ее предикторов.)  
Henggeler S.W. et al (1998) Multisystemic treatment of antisocial behaviour in children and adolescents. New York: Guilford Press.  
Robins L. (1978) Sturdy childhood predictors of adult antisocial behaviour: replications from longitudinal studies. Psychological Medicine, 8, 611-622.

## **Глава 8 ОТКАЗ ОТ ШКОЛЫ**

Примерно 5% направлений к детскому психиатру представляют отказ посещать школу с сопутствующей тревогой или печалью. Такое предъявление обозначается «отказ от школы». Термин «школьная фобия», вероятно, лучше не употреблять, поскольку отказ ходить в школу гораздо чаще вызван нежеланием покидать дом, чем страхом самой школы. Важно помнить, что отказ от школы - не диагноз, это предъявляемая жалоба, которая может отражать множество проблем самого ребенка, семьи или школьной системы в целом. Стоит также отметить, что отказ от школы бросается в глаза, потому что мы живем в обществе, где школьное обучение особенно ценится и сделано обязательным. Для «отказа от покупок» или «отказа от прополки» нет ни административных, ни психиатрических категорий, хотя, возможно, они бы существовали, если бы ожидалось, что дети будут тратить много времени на покупки или прополку огорода, и их бы обязывали к этому.

### **Эпидемиология**

Отказ от школы достигает пика трижды: в начале школы, после перехода в другую школу и в 13-15 лет. Несмотря на то, что многие младшие школьники выражают нежелание ходить в школу, обычно родители могут доставить их в школу вопреки этому нежеланию. «Успешный» отказ от школы чаще встречается среди старших школьников - отчасти потому, что их труднее заставить посещать школу против их воли. При обследовании на острове Уайт среди 2000 детей в возрасте 10 и 11 лет (последние два класса начальной школы) случаев отказа от школы не обнаружено. Когда те же дети были обследованы в возрасте 14 и 15 лет, было 15 случаев отказа от школы (что соответствует распространенности 0,7%).

Отказ от школы одинаково распространен у мальчиков и у девочек. Ни одна из социально-экономических групп не является особенно уязвимой.

### **Характерные признаки**

Ребенок либо отказывается ходить в школу, либо отправляется в школу, но возвращается домой, не дойдя до школы или вскоре после прибытия. В некоторых случаях ребенок явно выражает, что он (или она) боится покидать дом или посещать школу. В других случаях отказ от школы принимает «соматическую маску» без открыто выраженных страхов, например имеются жалобы на головную боль, боли в животе, недомогание или тахикардию перед отправлением в школу или сразу по приходе. Ключевой признак - отсутствие жалоб по выходным или во время школьных каникул.

Попытки сломить сопротивление и заставить ребенка посещать школу натыкаются на слезы, мольбы, вспышки гнева или физическое противодействие. В отличие от прогулов дети не делают из своих пропусков секрета: родители знают, где их ребенок - обычно по уважительной причине или дома или где-нибудь поблизости.

Отказ от школы может начаться внезапно, а может – постепенно, при этом ребенок выражает все большее нежелание посещать школу и не ходит все больше и больше дней каждую неделю. Часто могут быть установлены кристаллизующие факторы, например замена учителя, переход в новую школу, потеря друга или болезнь. В подростковом возрасте начало чаще бывает скрытым, с постепенным отходом от активной деятельности в группе сверстников, раньше доставлявшей удовольствие. Начало отказа от школы или его рецидив особенно часто встречается после пребывания вне школы вследствие праздников или болезни.

Отказ от школы, как правило, является следствием сочетания детского нежелания посещать школу и родительской неспособности или нежелания заставить ребенка туда идти. Он может быть проявлением разных психических расстройств, лежащих в его основе. Эти расстройства обычно, помимо отказа от школы, приводят к другим симптомам, и эти дополнительные симптомы дают полезные ключи к природе отказа от школы. Например, если ребенок отказывается ходить в школу из-за тревоги, связанной с разлукой, он может также отказываться ходить в

кружки и на дни рождения, а если ребенок отказывается ходить в школу из-за страха, что над ним будут издеваться, он может с радостью ходить в кружки и на праздники. Симптомы печали и безнадежности, даже когда ребенка не принуждают посещать школу, позволяют полагать, что в основе лежит депрессивное расстройство.

## **Сопутствующие признаки**

### **Семейные факторы**

Нежеланию ребенка посещать школу, часто сопутствует недостаточно действенное давление со стороны родителей, чтобы доставить ребенка в школу и удержать его (или ее) там. В некоторых случаях может казаться, что это оправдано выраженным страданием, которое испытывает ребенок. Однако часто это отражает комбинацию трех семейных процессов:

- (1) Плохая организация и слабая дисциплина дома. Может проявляться в общем недостатке домашних правил, проведенных в жизнь; чаще встречается, если отец неэффективен или отсутствует.
- (2) Чрезмерное эмоциональное участие в ребенке. Например, мать может беспокоиться о том, чтобы не разстроить ребенка и не вызвать его (или ее) неодобрение своей твердостью; кроме того, мать может чувствовать себя более счастливой или более защищенной, если ребенок весь день рядом с ней. Ребенок может восприниматься как особо драгоценный или особо уязвимый, например, если был рожден гораздо раньше срока и выжил вопреки ожиданиям врачей.
- (3) Трудно договариваться с внешними учреждениями, например, взаимодействовать со школой в связи с издевательством сверстников над ребенком или учебным стрессом или получать помочь при эмоциональных трудностях.

### **Интеллект и достижения**

На групповом уровне у школьных отказников - средний интеллект и способности к учебе. Проблемы с учебой в школе могут присутствовать, но обычно они - не главные факторы, приводящие к отказу от школы. Зачастую полезно объективно определить уровень достижений с помощью школьных или психометрических тестов - хотя бы для того, чтобы успокоить ребенка.

### **Личность ребенка**

Ребенок может быть довольно тихим конформистом, иметь относительно немного друзей и легко «сдаваться» при мелких неудачах. С другой стороны, ребенок как личность мог ранее быть и непримечательным, и общительным. Обычно имеется история предшествующих трудностей при разлуке при первом поступлении в ясли, детский сад или школу.

### **Состав семьи**

Размер семьи не имеет значения, т.е. нет избыточной представленности ни единственных детей, ни детей из больших семей. Самые младшие дети, вероятно, подвержены наибольшему риску (в сравнении со средними и старшими).

## **Дифференциальный диагноз**

*Прогульщики* не ходят в школу, чтобы заниматься альтернативными делами без разрешения родителей. Во многих школах это самая распространенная причина непосещения примерно за год до того, как подросткам официально разрешат покинуть школу. В большинстве случаев прогульщики проводят день в группах, и их родители ничего не знают об их местонахождении. Если отказ от школы часто вторичен по отношению к эмоциональному расстройству, то прогулки связаны с расстройством поведения. Поэтому в отличие от отказа от школы, прогулкам сопут-

ствуют предикторы расстройства поведения: мужской пол, социальное неблагополучие, большая семья, родительская преступность, супружеский разлад, плохие достижения в школе, непоследовательная дисциплина и слабый надзор.

Некоторые родители намеренно удерживают своих детей от школы - либо потому, что считают школу бесполезной, либо потому, что нуждаются в помощи ребенка. Например, больная мать может решить держать одного из своих детей дома для компании или для того, чтобы делать работу по дому. Различие между удержанием и отказом от школы не всегда очевидно, поскольку родители школьных отказников часто сами тревожны и могут поддерживать решение ребенка оставаться дома.

*Физическое заболевание* – самая распространенная причина непосещения в школе, за исключением последнего года обязательного образования или около того, когда часто бывает высоким уровень прогулов. Провести различие между физическим заболеванием и отказом от школы с «соматической маской» не всегда легко. Улучшение по выходным – не безошибочный ориентир, так как подлинные заболевания могут усугубляться стрессами, связанными со школой, а большинство детей способны преувеличивать подлинные симптомы, когда им это удобно.

### **Лежащие в основе психические заболевания ребенка**

В его основе такой предъявляемой жалобы, как отказ от школы, у детей может лежать множество расстройств; наиболее распространенный диагноз, особенно среди младших детей - *тревога в связи с разлукой*. Во многих случаях отказ от школы является следствием такого сочетания: 1) ребенок не хочет разлучаться и 2) родители настойчиво не требуют посещения школы - либо потому, что им вообще плохо удается налагать ограничения, либо потому, что они разделяют тревоги своего ребенка по поводу разлуки.

В меньшей части случаев отказ от школы происходит не в результате тревоги в связи с покиданием дома, а в результате *специфической фобии*, связанной со школой или с дорогой в школу и обратно. Может быть специфическая фобия путешествия, боязнь задир, одного определенного учителя или одного конкретного предмета. Жалобы детей по поводу школы могут быть прикрытием тревоги, связанной с разлукой, но их не стоит отвергать без рассмотрения.

*Депрессия* - особенно значительная причина отказа от школы у подростков, хотя оценки распространенности, происходящие из разных исследований, существенно различаются.

*Психоз* – редкая причина отказа от школы у подростков.

### **Лечение**

Поведенческий подход «назад в школу» с высокой степенью вероятности будет успешен, когда отказ посещать школу возник недавно и относительно внезапно. Быстрое возвращение кному посещению школы часто бывает возможным, как только родителей убежат, что последовательность и твердость – в наилучших интересах ребенка. При мотивированных родителях и поддерживающих учителях этот подход может быть очень эффективен. Если уровень тревоги у ребенка или родителей особенно высок, или если ребенок долго не был в школе, подход с постепенной десенситизацией может быть более подходящим, например вначале посещать школу вне уроков, а затем каждый день проводить в школе все больше и больше времени.

Информирование родителей о том, что не быть в школе пагубно для социального развития, может помочь им увидеть необходимость возвращения в школу. Обычно они уже хорошо осознают неудобства для учебы. Применение семейной терапии может дать родителям возможность установить твердые границы и осуществлять надзор за ребенком, уменьшая чрезмерное участие.

Как только отказ от школы стал хроническим, возникает множество дополнительных препятствий, которые нужно преодолеть, чтобы вернуть ребенка назад в школу. По мере того как идет время, ребенок все больше и больше отстает в учебе, прежние друзья находят себе новых товарищей по играм, и перспектива объяснять длительное отсутствие одноклассникам становится все более пугающей. В то же время может быть очень приятно, находясь весь день дома, получать дополнительное родительское внимание. Если ребенок будет возвращаться в школу, эти

препятствия нужно преодолеть (например, проинструктировать ребенка, как приемлемо объяснить свое отсутствие); кроме того, нужно так изменить баланс между вознаграждениями и ограничениями, чтобы он стал способствовать посещению школы вместо непосещения.

Взаимодействие со школой совершенно необходимо. Учителей нужно как можно лучше подготовить к тому, чтобы поддержать возвращение ребенка в школу. Учителям может понадобиться поддержка социальных работников и психологов, работающих со школой. Предоставлять домашнее обучение на то время, когда ребенок находится вне школы, часто нецелесообразно, поскольку это снижает давление на всех, заинтересованных в достижении более окончательного решения, и узаконивает пребывание ребенка целый день дома. Если возвращение в школу задерживается, более удовлетворительным промежуточным решением будет посещение учебной группы с другими детьми. Несмотря на то, что родители и дети часто утверждают, что смена школы решит проблему, так бывает редко. Вместо этого, медленный процесс организации перевода в другую школу задерживает осуществление более подходящего решения. Даже когда важны школьные факторы, такие как издевательство, как правило, вместо того, чтобы сразу решиться на перевод в другую школу, следует предоставить школе надлежащую возможность решить имеющиеся проблемы.

Имеющиеся данные в целом не подтверждают применение медикаментозного лечения при отказе от школы, обусловленном тревожным расстройством в связи с разлукой. Одно из показаний для медикаментозного лечения – возможно назначение трициклических препаратов подросткам, у которых отказ от школы сопровождается паническими атаками. Когда отказ от школы обусловлен депрессией, ценность медикаментозного лечения также сомнительна. Как обсуждается в главе 10, обычные антидепрессанты неэффективны при лечении депрессии в детском и отроческом возрасте, эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) также вызывает сомнения.

Иногда целесообразно стационарное лечение – когда проблемы ребенка так тяжелы или настолько укоренились, что другие формы лечения не дают результата, а также когда семейная среда активно поддерживает расстройство и блокирует эффективное лечение.

## **Прогноз**

Хотя во многих сообщениях группы включали непропорциональное количество тяжелых случаев, частота успешного возвращения в школу, как правило, 70% или выше. Частота успешного исхода выше, когда ребенок младше, когда симптомы менее тяжелые и когда вмешательство происходит вскоре после их появления. Даже когда возвращение в школу успешно состоялось, обычно сохраняются эмоциональные симптомы и проблемы взаимоотношений. И хотя большая часть отказников от школы становятся нормальными взрослыми, их социальные отношения могут быть в некоторой степени ограниченными, а примерно у трети продолжаются эмоциональные расстройства. Только у незначительного меньшинства возникает агорафобия или неспособность справиться с необходимостью ходить на работу.

## **Обзоры по теме**

- Berg I. (1992) Absence from school and mental health. British Journal of Psychiatry, 161, 154-166.  
King N.J., Bernstein G.A. (2001) School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 197-205.

## **Дополнительное чтение**

- Bernstein G.A., Garfinkel B.D. (1986) School phobia: the overlap of affective and anxiety disorders. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25, 235-241.  
Flakierska N. et al. (1988) School refusal: a 15-20 year follow-up of 35 Swedish urban children. Journal of Psychiatry, 152, 834-837.

## Глава 9 ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Беспокойства, страхи и печаль часто группируются вместе, во многих случаях наряду с соматическими жалобами. Учитывая столь значительное перекрывание, детей с социально инвалидизирующими страхами, беспокойствами и печалью обычно «сваливали» в относительно широкую категорию *эмоциональные расстройства детского возраста*. Последние 15-20 лет более влиятельными были «расщепители», очертившие большое количество специфических тревожных и депрессивных расстройств, включенных в МКБ-10 и DSM-IV. Эта попытка увеличить диагностическую точность имеет свои недостатки. Некоторые дети не подходят полностью ни к одному набору операциональных диагностических критериев, тогда как другие дети с широкой симптоматологией одновременно соответствуют нескольким обозначениям.

### Эпидемиология

Примерно у 4-8% детей и подростков имеются клинически выраженные тревожные расстройства, которые причиняют существенное страдание или заметно мешают каждодневной жизни. Это делает тревожные расстройства второй наиболее распространенной группой детских психических расстройств (уступает только поведенческим расстройствам и опережает гиперактивность и депрессивные расстройства). В сообществе на каждого ребенка с тревожным расстройством приходится несколько детей с множественными страхами или беспокойствами, которые не классифицируют как расстройство, потому что у этих детей симптомы не приводят к большим страданиям или социальным нарушениям. Влияние на распространенность пола и возраста разнится от одного тревожного расстройства к другому.

### Причинность

Тревожные расстройства распространяются в семьях: у пораженных родителей более вероятно будут поражены и дети, и наоборот. Близнецовые исследования предоставили предварительные данные в пользу умеренной наследуемости, хотя неясно, наследуется ли повышенный риск конкретного тревожного расстройства или более широкая подверженность тревоге в целом (или даже эмоциональным расстройствам в целом, включая заодно с тревогой и депрессией). Трансмиссия от родителя к ребенку посредством обучения и моделирования также может иметь существенное значение.

Катастрофические, но редкие события жизни, несомненно, существенны для посттравматического стрессового расстройства. Другие тревожные расстройства также могут иметь отношение к негативным событиям жизни, включая такие относительно распространенные переживания, как окончательный разрыв с лучшим другом, период финансовых затруднений вследствие родительской безработицы или переживание разделения и развода родителей. С одним таким событием дети могут справиться, но когда несколько таких событий объединяются или следуют быстрой чередой, может возникнуть эмоциональное расстройство, и это подчеркивает, как важно думать о совокупном влиянии жизненного опыта.

Во многих теориях предполагается, что тревога обусловлена переживанием угрозы (тогда как депрессия обусловлена переживанием потери). Согласно влиятельной формулировке Боулби, основанной на теории привязанности (см. главу 28), тревога – и особенно тревога в связи с разлукой – часто возникает в результате угрожающих или действительных разлук с ключевыми фигурами привязанности (например, когда родители, наказывают своих детей, угрожая их прогнать). Психодинамические теории формулируют угрозу с точки зрения внутриструктуральных конфликтов.

Классическое обусловливание потенциально может объяснить, каким способом ранее нейтральные стимулы, связываясь с пугающим переживанием, сами начинают вызывать страх. Тео-

рия инструментального обусловливания предсказывает последующее избегание этих стимулов (тем самым блокируя возможность для естественного воздействия и угашения страха).

Темперамент, по-видимому, также имеет значение. Проспективные исследования показывают, что у младенцев и ходунков-ползунов, темперамент которых отличается застенчивостью и торможением, повышен риск возникновения тревожных расстройств в более позднем детстве.

## **Прогноз**

Тревожные расстройства не столь вероятно продолжаются во взрослой жизни, как поведенческие расстройства, но их, несомненно, не следует отбрасывать как неминуемо преходящие. Проспективные исследования показывают, что у меньшей, но значительной части детей и подростков с тревожными расстройствами будет, по меньшей мере, одно тревожное расстройство во взрослой жизни, а у других разовьются депрессивные расстройства. Ретроспективные исследования также показывают, что значительная часть взрослых с тревожными или депрессивными расстройствами ранее перенесли тревожные расстройства детского возраста.

## **РАЗНОВИДНОСТИ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА**

Три наиболее распространенных тревожных расстройства - специфические фобии, тревожное расстройство в связи с разлукой и генерализованное тревожное расстройство. Реже встречаются избегающее расстройство и паническое расстройство, а также посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР; см. главу 12).

### **Специфические фобии**

#### **Характерные признаки**

Специфические страхи ограниченных стимулов в детстве встречаются очень часто, причем разные страхи достигают пика в разном возрасте, например, страх животных достигает пика в возрасте от двух до четырех лет, страх темноты или воображаемых существ – от четырех до шести, а страх смерти или войны особенно распространен в подростковом возрасте. Чтобы быть классифицированным как специфическая фобия, страх должен приводить либо к существенному страданию, либо к избеганию, которое в значительной степени мешает каждодневной жизни ребенка. Например, страх собак в детстве встречается часто, но основания для диагноза фобии имеются только если ребенок часто испытывает интенсивный и продолжительный страх или если избегание ребенком собак ведет к выраженным социальным ограничениям, например отказу ходить играть в парк или отказу ходить в гости к друзьям, если у них есть собаки. Фобии по определению должны представлять необоснованные или чрезмерные страхи, но детям может недоставать когнитивной зрелости, чтобы осознать иррациональную природу своих собственных страхов.

#### **Эпидемиология**

Тяжелые специфические фобии поражают около 1% детей и подростков. Во всех возрастах девочки чаще сообщают о страхах, чем мальчики, но тяжелые специфические фобии у девочек встречаются лишь немного чаще. Сходным образом, хотя младшие дети чаще сообщают о страхах, чем подростки, тяжелые специфические фобии у детей встречаются лишь немного чаще, чем у подростков.

## **Лечение**

Десенситизация, управление сопряженными событиями и когнитивные методики, - все это полезно. При лечении младших детей чрезвычайно ценно привлекать родителей в качестве сопси-хтерапевтов. Например, можно обучить родителей в качестве «домашнего задания» между сеансами формального лечения предъявлять ступенчатое воздействие, корректируя шаг воздействия, так чтобы ребенок мог справиться. Подростки со специфическими фобиями более способны справиться со своим собственным «домашним заданием», но и в этом возрасте активное участие родителей, как правило, тоже помогает.

## **Течение**

Несмотря на то, что легкие страхи часто преходящи, истинные фобии, особенно тяжелые, более вероятно будут устойчивы и могут продолжаться во взрослом возрасте.

### **Тревожное расстройство в связи с разлукой**

Тревога по поводу разлуки с родителями и другими главными фигурами привязанности обычно возникает в возрасте около шести месяцев, остается выраженной в дошкольные годы, а впоследствии убывает по мере того, как ребенок приобретает способность держать «в уме» фигуры привязанности и предоставляемую ими безопасность, даже когда они не присутствуют физически. Тревожное расстройство в связи с разлукой диагностируют, когда интенсивность тревоги в связи с разлукой не соответствует развитию и приводит к существенной социальной неспособности, например к отказу ходить в школу. Критерии МКБ-10 включают раннее начало (в возрасте до 6 лет), тогда как критерии DSM-IV позволяют поставить диагноз в том случае, если симптомы появились до 18 лет.

## **Причинность**

Могут иметь значение и конституциональные факторы, и семейная среда. Следующие стили родительского взаимодействия могут вносить вклад: моделирование избегающего или тревожного поведения через сверхзащиту; вызывание тревоги через жесткую практику воспитания, которая может включать угрозы оставить ребенка; и неспособность успешно успокаивать детей, когда они действительно становятся тревожными.

## **Характерные признаки**

Пораженные дети безосновательно беспокоятся, что с их родителями что-нибудь случится, или что они уйдут и не вернутся. Они также беспокоятся о себе: боятся потеряться, что их украдут, поместят в больницу или что какая-нибудь другая беда разлучит их с родителями. Эти беспокойства могут возникать и как темы повторяющихся ночных кошмаров. Дети обычно прилипчивы, даже у себя дома, например, следуют за родителем из комнаты в комнату. Возможны нежелание или отказ посещать школу, спать в одиночестве или спать вне дома. Разлуки или их предчувствие могут приводить к мольбам, вспышкам гнева и слезам, а могут приводить и к чисто физическим жалобам - головным болям, болям в животе, тошноте.

## **Эпидемиология**

Тревожное расстройство в связи с разлукой поражает около 1-2% молодых людей, у детей до пубертатного возраста встречается чаще, чем у подростков, и поражает примерно одинаковое количество лиц мужского и женского пола.

## **Лечение**

Оперантные методики (такие, как звездные карты или управление сопряженными событиями) могут быть использованы для того, чтобы изменить баланс между вознаграждениями и ограничениями, способствующий не расставанию, а прилипанию. Может быть полезно ступенчатое воздействие – все более и более трудные разлуки. Может быть уместна когнитивная терапия, обучающая ребенка самоутверждениям, способствующим совладанию<sup>8</sup>. Иногда прилипчивость ребенка усиливается собственной потребностью родителей быть рядом с ребенком, собственными тревогами родителей или же тем, что родители недооценивают возможности своего ребенка к независимости – на эти проблемы может быть направлена работа с родителями или семьей в целом. Можно побуждать родителей предпринять практические шаги для того, чтобы их ребенок чувствовал себя более уверенно, например давать соответствующее предупреждение и разъяснение перед тем, как оставить ребенка с приходящей няней. Нет убедительных доказательств того, что помогают трициклические антидепрессанты или бензодиазепины. Имеются ограниченные данные о том, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) дают симптоматическое облегчение, но нет доказательств того, что это улучшение сохраняется после прекращения медикаментозного лечения.

## **Течение**

Некоторые дети хронически испытывают некоторый уровень тревоги в связи с разлукой, перемежающийся приступами обострения, например спровоцированными болезнью родителя или сменой школы. С годами тревоги по поводу разлук могут смениться более широким рядом тревог, более типичных для генерализованного тревожного расстройства. Имеется ли непрерывность по отношению к агорафобии или паническому расстройству - неясно.

## **Генерализованное тревожное расстройство**

В DSM-IV критерии генерализованного тревожного расстройства взрослых слегка модифицированы для использования у детей, при этом требуется меньше соматических симптомов. И хотя согласно критериям генерализованного тревожного расстройства по МКБ-10 требуется относительно большое количество соматических симптомов, сходным образом для использования у детей и подростков там предусмотрен альтернативный набор критериев, согласно которым требуется меньше соматических симптомов.

## **Характерные признаки**

Дети и подростки с генерализованным тревожным расстройством отличаются выраженным и устойчивым беспокойством, причем их тревоги не сосредоточены постоянно на каком-то одном предмете или ситуации. Типичные беспокойства сосредоточены на будущем, на поведении в прошлом и на собственной состоятельности и внешности. Эти беспокойства обычно сопровождаются напряжением, невозможностью расслабиться, смущением, потребностью в частом ободрении и соматическими жалобами, такими как головные боли и боли в животе. Симптомы должны вызывать клинически выраженные страдания или социальные нарушения.

## **Эпидемиология**

Поражены примерно 1-2% молодых людей, при этом у подростков частота существенно выше, чем у детей до пубертатного возраста, а у лиц женского пола – лишь немного выше, чем у лиц мужского. Многие дети с генерализованным тревожным расстройством также соответствуют

критериям других диагнозов по DSM-IV и МКБ-10, особенно относящимся к тревоге в связи с разлукой, депрессии и специфическим фобиям.

## Лечение

Часто возможно заручиться помощью родителей и учителей, чтобы в жизни молодого человека было меньше стрессов, которых можно избежать. Может быть также полезно научить молодого человека (а возможно и остальных членов семьи) когнитивно-поведенческим стратегиям управления оставшимися тревогами. Нет веских доказательств в пользу медикаментозного лечения, хотя клинический опыт и ограниченные исследовательские данные позволяют полагать, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) могут уменьшать симптомы на время приема препаратов. На сегодняшний день наиболее обещающим в долгосрочной перспективе подходом представляется сочетание когнитивно-поведенческих подходов со снижением стресса.

## Течение

Расстройство часто длится годами и может продолжаться во взрослой жизни, иногда осложняясь депрессией.

## **Социальное тревожное расстройство детского возраста**

У этого диагноза по МКБ-10 нет точного аналога в DSM-IV, хотя в DSM-III-R была эквивалентная категория, названная «избегающим расстройством». Это заболевание можно рассматривать как чрезмерное усиление и несоответствующую устойчивость нормального периода тревоги, связанной с незнакомыми людьми (которая у обычных детей, как правило, выражена до возраста 30 месяцев). У пораженных детей хорошие социальные отношения с членами семьи и другими знакомыми индивидуумами, но они обнаруживают выраженное избегание контактов с незнакомыми людьми, приводящее к социальным нарушениям (например, во взаимоотношениях со сверстниками). Застенчивость и социальные нарушения могут оставаться и в подростковом возрасте, а могут самопроизвольно улучшиться. Неясно, насколько полезно считать, что у этих детей в отличие от чрезвычайно застенчивой личности имеется тревожное расстройство. На практике многие пораженные дети соответствуют критериям других тревожных расстройств, чаще всего генерализованного тревожного расстройства. И хотя социальное тревожное расстройство, несомненно, не точно такое же заболевание как социальная фобия (последняя обычно начинается в позднем отрочестве и включает страх публичного рассмотрения и унижения), социальная фобия может возникнуть на фоне длительно существующих застенчивости и торможения детского возраста. Это позволяет полагать, что социальное тревожное расстройство иногда может развиться в более типичную социальную фобию. Взаимоотношения с избегающим расстройством личности во взрослом возрасте неизвестны.

## **Паническое расстройство**

Ключевой признак панического расстройства, которое может сопровождаться агорафбией, а может и не сопровождаться, - наличие отдельных панических атак (приступов), по меньшей мере, некоторые из которых возникают неожиданно, без кого-либо очевидного кристаллизатора. Пик появления симптомов приходится на возраст 15-19 лет. У детей до пубертатного возраста панические атаки редки или вообще не бывают. Во время приступа индивидуум испытывает интенсивный страх надвигающейся опасности, бедствия или смерти, сопровождающийся смесью соматических симптомов, таких как потливость, сильное сердцебиение и гипервентиляция. Варианты лечения включают трициклические антидепрессанты и когнитивную терапию.

## **Обзоры по теме**

Klein R.G., Pine D.S. (2002) Anxiety Disorders. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 486-509.

## **Дополнительное чтение**

- Barrett P.M. (1998) Evaluation of cognitive-behavioural group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Biederman J. et al. (1993) A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 814-821. (Исследуется степень непрерывности тревожных расстройств детского возраста по отношению к одной из наиболее широко изученных черт раннего детства).
- Compton S.N. et al. (2004) Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 930–959.
- Engel N.A. et al. (1994) Parent-child agreement on ratings of anxiety in children. *Psychological Reports*, 75, 1251-1260. (Отрезвляет, показывая, как мало согласия между родителями и детьми по поводу симптомов тревоги).

## **Глава 10 ДЕПРЕССИЯ И МАНИЯ**

### **ДЕПРЕССИЯ**

Термин депрессия может относиться к одиночному симпту, совокупности симптомов или расстройству.

#### **Депрессия как одиночный симптом**

Эпидемиологические исследования показывают, что многие дети несчастны. В исследованиях на острове Уайт среди 10-летних детей примерно 10% были несчастны, по мнению их родителей, и более 40% 14-летних были несчастны согласно собственным отчетам (при этом на интервью почти 15% были отчетливо грустными). Среди детей с психическими расстройствами симптом печали встречается еще чаще (распространен как среди детей с расстройствами поведения, так и среди детей с эмоциональными расстройствами). Отличается ли симптом депрессии от обычной грусти качественно или лишь количественно – неясно. Возможные признаки, разграничающие нормальную грусть и ненормальную депрессию, включают тяжесть, устойчивость и качество настроения, т.е. ребенок описывает настроение как качественно отличное от обычной грусти.

#### **Депрессия как совокупность симптомов**

У детей, как и у взрослых, симптом депрессии иногда является частью более широкой конstellации аффективных, когнитивных и поведенческих симптомов. Сопутствующие симптомы включают: снижение или потерю способности испытывать удовольствие (агедония); низкую самооценку; самообвинение; чувство вины, беспомощность; безнадежность; суицидальные мысли и действия; потерю энергии; плохую концентрацию внимания; беспокойность; а также изменения аппетита, веса и сна. Совокупность симптомов депрессии - не всегда ненормальна; например она входит в состав нормального горя.

#### **Депрессия как расстройство**

Когда следует ребенка с совокупностью симптомов депрессии отнести к страдающим от депрессивного расстройства? За последние два десятилетия критерии стали менее строгими, в результате частота диагностированной депрессии значительно возросла. И DSM-IV и исследовательская версия МКБ-10 указывают, что для того, чтобы составить депрессивный эпизод, симптомы должны длиться, по меньшей мере, две недели, а ключевые симптомы должны присутствовать большую часть дня в течение большинства этих дней. Некоторые определения устанавливают, что расстройство имеется только тогда, когда депрессивные симптомы приводят к социальной неспособности, а также к страданию; преимущество этого дополнительного критерия - в том, что заостряются различия между нормальностью и ненормальностью, а недостаток – в том, что исключаются дети, которым удается продолжать свою каждодневную жизнь, хотя депрессивные симптомы причиняют им много страданий. У некоторых детей, полностью не соответствующих диагностическим критериям депрессивного расстройства, действительно имеются депрессивные симптомы - как часть относительно недифференцированного эмоционального расстройства, которое также включает симптомы тревоги, боязливость и обсессивность, - такие дети встречаются часто, но с ними не очень хорошо справляются современные диагностические системы. Условились, что депрессивные расстройства не диагностируют, если ребенок, помимо этого, соответствует критериям шизофrenии.

## **Признаки депрессии в разном возрасте**

Дети до пяти лет, разлученные со своими фигурами привязанности, часто проходят через стадию отчаяния, однако неясно, эквивалентно ли это отчаяние депрессии. Однако примерно с восьмилетнего возраста некоторые дети действительно испытывают депрессивные расстройства, феноменологически очень похожие на депрессивные расстройства взрослых. Это сходство дает возможность диагностировать депрессивные расстройства детского возраста, используя немодифицированные (или лишь слегка модифицированные) критерии для взрослых. Нарушение сна и аппетита, по-видимому, встречаются реже, чем у взрослых. Чувства вины и безнадежности у депрессивных детей, вероятно, встречаются реже, чем у депрессивных подростков и взрослых (возможно, отражая когнитивную изощренность, необходимую для того, чтобы ощущать вину или безнадежность). Суицидальные планы у депрессивных детей обычно менее летальны, чем у депрессивных подростков или взрослых: например они пытаются утонуть, держа в ванне голову под водой. Конstellации депрессивных симптомов в детстве могут включать отказ или нежелание посещать школу, раздражительность, боли в животе и головную боль. На самом деле всегда следует спрашивать о соматических жалобах; они, вероятно, скорее правило, чем исключение, и не просто следствие сопутствующей тревоги.

## **Депрессивные эквиваленты**

Высказано предположение, что многие детские психические расстройства в диапазоне от энуреза до расстройства поведения являются детскими эквивалентами депрессии взрослых, даже если дети не кажутся несчастными. В пользу этой точки зрения нет достаточных доказательств, и в отсутствие отчетливых аффективных симптомов не следует диагностировать депрессию у детей.

## **Эпидемиология**

В исследовании на острове Уайт депрессия обнаружена у 0,2% 10-летних и 2% 14-летних. В последних исследованиях сообщается о большей распространенности: тяжелые депрессивные эпизоды когда-либо имели до 1% детей, не достигших пубертатного возраста, и примерно 1-5% подростков. Подъем в подростковом возрасте, по-видимому, более тесно связан с уровнем полового созревания, чем с хронологическим возрастом. Исследования, основывающиеся главным образом на данных информантов (родителей и учителей), показывают более низкую частоту депрессии, чем исследования, основывающиеся главным образом на самоотчетах детей и подростков. Остается неясным долгосрочное значение внутренней печали, незаметной для родителей и учителей. Преобладание женского пола, наблюдаемое при депрессии взрослых, выражено начиная со среднего или позднего подросткового возраста; до пубертатного возраста соотношение полов 1:1, и даже может быть преобладание мужского пола. Предполагалась связь с социальным неблагополучием, но имеющиеся данные противоречивы. Данные последних десятилетий свидетельствуют о том, что распространенность депрессии детского возраста возросла, а средний возраст начала - уменьшился. Вероятно, это отражает реальные тенденции, а не то, что улучшилось выявление или диагностические критерии стали менее строгими.

## **Классификация**

У детей и подростков с достаточно устойчивыми депрессивными симптомами для того, чтобы соответствовать критериям депрессивного эпизода, может быть поставлен один из нескольких диагнозов, в зависимости от того, сколько у них было эпизодов, и были ли у них также какие-либо маниакальные, гипоманиакальные или смешанные эпизоды. Так, дети с двумя и более тяжелыми депрессивными эпизодами, но без маниакальных, гипоманиакальных или смешанных эпизодов по DSM-IV могут быть отнесены к имеющим тяжелое рекуррентное депрессивное расстройство. Дети с меньшей симптоматологией могут соответствовать диагностическим кри-

териям дистимии или расстройства адаптации с депрессивным настроением. Дистимия включает легкие хронические симптомы в течение, по меньшей мере, одного года (в отличие от двух лет, поставленных условием для взрослых). Расстройство адаптации может быть диагностировано, если симптомы возникают вскоре после идентифицируемого стрессора: в пределах одного месяца, согласно МКБ-10, и в пределах трех месяцев, согласно DSM-IV, - и после стрессора держатся не дольше, чем шесть месяцев.

### **Сопутствующие признаки**

- (1) **Коморбидность.** В эпидемиологических выборках более чем у 50% депрессивных детей имеется, по меньшей мере, еще одно психическое расстройство (обычно тревога или поведенческое расстройство), а в клинических выборках распространенность коморбидности часто еще выше.
- (2) **Трудности в дружеских отношениях** часто встречаются во время депрессивных эпизодов и могут им предшествовать (а возможно, что и провоцировать эти эпизоды).
- (3) **Биологические признаки.** Исследования сна не указывают систематически на такого рода аномалии, какие описаны у взрослых (но они также менее выражены и у молодых взрослых). Были описаны повышенный ночной уровень кортизола и сниженная способность к супрессии под воздействием экзогенного дексаметазона, но такого рода изменения можно также видеть и при других детских психических расстройствах или после действия разнообразных стрессов.

### **Дифференциальный диагноз**

- (1) Нормальная грусть, в т.ч. грусть при нормальной реакции на тяжелую утрату (хотя DSM-IV разрешает диагностировать депрессивный эпизод, если совокупность депрессивных симптомов после серьезной тяжелой утраты длится более двух месяцев или особенно тяжелая, например с суициальным мышлением, психотическими симптомами или выраженными функциональными нарушениями).
- (2) Печаль как один из признаков другого психического расстройства, без дополнительных аффективных, когнитивных и поведенческих признаков, необходимых для диагноза истинного депрессивного расстройства (но при этом остерегайтесь противоположной опасности – гиподиагностики коморбидной депрессии у детей с другими расстройствами).

### **Причинность**

Депрессия распространяется в семьях. У депрессивных детей чаще, чем у детей с другими психическими расстройствами, родители и сиблинги сами страдают депрессией. И, напротив, у родителей с депрессией с большей вероятностью будут депрессивные дети. Относительная важность генетической и средовой передачи точно не известна: близнецовые исследования указывают на умеренную наследуемость, но это не подтвердилось в исследованиях приемных детей. Имеются предварительные данные о возможном взаимодействии генов со средой: генетический груз депрессии иногда может действовать, увеличивая уязвимость молодого человека по отношению к негативным событиям жизни.

### **Лечение**

Семейную терапию, взаимодействие со школой и поддерживающую индивидуальную терапию обычно используют для того, чтобы изменить факторы, предположительно способствующие высокому уровню стресса. Это меры «здравого смысла» в равной мере обоснованы и у детей с широкими эмоциональными расстройствами с депрессивными компонентами. Возрастает ин-

терес к когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и межличностной терапии (МЛТ), которые обсуждаются в главе 36. Когнитивный компонент КПТ предназначен для того, чтобы изменить негативное познание, улучшить самооценку и усилить навыки совладания. Поведенческий компонент представляется столь же важным, как и когнитивный, он предназначен для того, чтобы увеличить участие молодого человека в нормальных и стоящих занятиях. Могут быть также предложены тренинг социальных навыков и коррекционная помощь при специфических проблемах с обучением. И хотя такого рода психосоциальные вмешательства кажутся осмысленными, их только начинают подвергать оценке в проведенных должным образом испытаниях, для того чтобы провести различие между естественной ремиссией, неспецифическими эффектами «плацебо» и эффектами от специфического лечения. Начальные результаты действительно указывают на некоторые специфические эффекты. Метаанализ шести рандомизированных испытаний КПТ у молодых людей с клиническим диагнозом депрессии показал, что при КПТ улучшение было примерно в два раза более вероятно, чем при релаксационной терапии, и у тех, кто остался в списке ожидания. Сходным образом одно рандомизированное испытание МЛТ показало ее существенное преимущество перед неспецифическим консультированием. В противоположность этому, в четырех рандомизированных испытаниях семейной терапии не удалось продемонстрировать достоверного результата.

Роль медикаментозного лечения спорна. Метаанализы контролируемых двойных слепых испытаний трициклических антидепрессантов позволяют полагать, что у детей и подростков они лишь немного лучше плацебо или не отличаются. Ограниченные данные клинических испытаний свидетельствуют в пользу применения ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), таких как флюоксетин, в этом возрастном диапазоне; но остается неясным, компенсирует ли польза возможный ущерб, такой как повышенный риск самоповреждения или суицида; рекомендации британского правительства не поддерживают применение СИОЗС, помимо флюоксетина, у депрессивных детей и подростков. И хотя некоторые клиницисты по-прежнему убеждены, что трициклические препараты могут быть эффективны при лечении тяжелой депрессии у детей и подростков, если лечение препаратами кажется целесообразным, наиболее целесообразным выбором, вероятно, является флюоксетин. При биполярных расстройствах у молодых людей, литий, вероятно, также эффективен, как и у взрослых (можно также иметь в виду карбамазепин и валпроат натрия). Резистентную депрессию иногда лечат сочетаниями различных лекарственных препаратов или электросудорожной терапией (ЭСТ) – эти методы, возможно, должны применяться только в специализированных центрах.

Как следует клиницистам вести депрессивных молодых людей при имеющейся неопределенности по поводу психологического и фармакологического лечения? При легкой депрессии часто бывает достаточно поддержки и снижения стресса. При умеренной депрессии может быть полезен трехступенчатый план: во-первых, пробуйте поддержку и снижение стресса; если это не поможет, то испробуйте КПТ или МЛТ во вторую очередь; а если и это не поможет, то, в третью очередь, пожалуй, испробуйте флюоксетин. При тяжелой депрессии может быть лучше всего с самого начала сочетать снижение стресса, КПТ (или МЛТ) и, пожалуй, флюоксетин. Госпитализация в стационар показана, когда имеются серьезная суициальная опасность, психотические симптомы или отказ от еды и питья. За исключением очень легкой депрессии, может быть целесообразно в течение примерно шести месяцев после симптоматической ремиссии продолжать успешное лечение (психологическое или фармакологическое), чтобы предотвратить ранний рецидив.

## **Прогноз**

Расстройство адаптации с депрессивным настроением продолжается обычно несколько месяцев и не повторяется. Тяжелые депрессивные эпизоды часто делятся от шести до девяти месяцев и обыкновенно повторяются. Дистимия обычно длится несколько лет; у детей с дистимией высок риск тяжелых депрессивных эпизодов. У детей с «двойной депрессией» (когда тяжелые депрессивные эпизоды накладываются на дистимию) особенно вероятны повторные тяжелые эпизоды. Депрессия, возникающая в подростковом возрасте, часто сопровождается депрессией во взрос-

лой жизни и предсказывает шестикратное увеличение частоты суицида у взрослых. Депрессия, возникающая до полового созревания, менее вероятно приводит к депрессии взрослых. И хотя «чистая» депрессия не увеличивает риск антисоциального исхода у взрослых, смесь депрессии и расстройства поведения сопровождается повышенной частотой последующей преступности.

## **МАНИЯ**

Мания и гипомания в детстве действительно встречаются, но очень редко. Это может объясняться нейрохимической незрелостью, поскольку у детей до пубертатного возраста нет эйфорической реакции на амфетамины и родственные стимуляторы. Когда мания или гипомания все же возникает, более распространенным предъявлением может быть раздражительность, а не эйфория. Описана хроническая мания в детстве, но, может быть, это представляет просто неправильно диагностированный гиперкинез. Такая ошибка понятна, поскольку гиперкинетические дети могут проявлять множество «маниакальных» признаков, в т.ч. социальную расторможенность, бессмысленную веселость, высокий уровень энергии и склонность рассказывать фантастические, а иногда и грандиозные истории. Мания может быть надежно диагностирована в детстве только тогда, когда симптомы имеют отчетливое начало и, несомненно, выходят за рамки предшествующих характеристик ребенка.

У многих маленьких детей быстро меняется настроение, и бывают периоды раздражительности. Сейчас, особенно в Соединенных Штатах Америки, нарастает тенденция относить таких детей к страдающим от раннего биполярного расстройства и лечить их смесью стабилизаторов настроения и нейролептиков. Доказательства в пользу такого образа действий часто неубедительны, тогда как потенциальная токсичность весьма существенна. Возрастающее осознание потребностей относительно небольшого числа биполярных детей не должно приводить к неадекватному медикаментозному лечению гораздо большей группы детей.

Первым эпизодом биполярных расстройств в подростковом возрасте, вероятно, с одинаковой частотой бывают и мания и депрессия, а впоследствии чаще встречается мания. Манию в подростковом возрасте обычно диагностируют как шизофрению, потому что изменения настроения часто сопровождаются выраженными нарушениями в восприятии и мышлении, включая такие же бред и галлюцинации «первого ранга», какие характерны для шизофрении. Для того, чтобы контролировать острые эпизоды, обычно используют нейролептики или литий, а чтобы снизить риск рецидива – литий, карбамазепин или валпроат натрия (см. главу 34).

## **Обзор по теме**

Harrington R. (2002) Affective disorders In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 463-485.

## **Дополнительное чтение**

Harrington R. et al. (1998) Psychological treatment for depression in children and adolescents: a review of treatment research. British Journal of Psychiatry, 173, 291-298.

Hazell P. et al. (1995) Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. BMJ, 310, 897-901.

Jureidini J.N. et al (2004) Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. BMJ, 328, 879-883.

Wood A. et al. (1996) Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 737-746.

## Глава 11 СУИЦИД И УМЫШЛЕННОЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЕ

### ЗАВЕРШЕННЫЙ СУИЦИД

#### Эпидемиология

Завершенный суицид до 12 лет встречается очень редко, а после этого возраста - все чаще и чаще с пиком частоты у пожилых. В Британии на миллион детей в возрасте 10-14 лет примерно пять суицидов в год (включая установленные самоубийства и более распространенные «смерти от неустановленных причин», которые очень часто являются суицидами). У 15-19-летних частота самоубийств возрастает примерно до 30 на миллион, и этот уровень еще существенно ниже, чем у взрослых. Мужской пол преобладает во всех возрастах, отчасти отражая пристрастие мужского пола к насильственным и более летальным методам (повешение, использование огнестрельного оружия и электрического тока) в отличие от пристрастия женского пола к отравлению (по большей части анальгетиками и антидепрессантами). В разных странах и у разных народов частота различна, например она выше в США, где частота самоубийств у белых примерно на 50% выше, чем у черных. Частота самоубийств у тинейджеров в Европе и США возросла между началом 1950-х и концом 1980-х, особенно у лиц мужского пола. Этому много возможных оснований, но одно из наиболее правдоподобных - сопутствующий рост употребления наркотиков и алкоголя. Начиная с конца 1980-х, частота самоубийств у лиц и мужского и женского пола снизилась примерно на 20%, несмотря на неизменную частоту употребления наркотиков и алкоголя. Обусловлена ли эта долгожданная тенденция улучшением лечения подростковой депрессии, как полагают некоторые, еще не известно.

#### **Что защищает младших детей?**

Несмотря на то, что дети обычно полагают, что смерть обратима, представляется неправдоподобным, что это убеждение подавляет суициdalные мысли или действия. Более правдоподобны следующие факторы защиты: относительная редкость тяжелых депрессивных расстройств и проблем злоупотребления психоактивными веществами до полового созревания; когнитивная зрелость, недостаточная для того, чтобы испытывать глубокую безнадежность или планировать успешный суицид; ограниченный доступ к летальным методам; и наличие поддерживающей сети взаимоотношений дома или в школе.

#### Фоновые факторы

- (1) **Разрушенная семейная обстановка**, например разбитый дом, супружеский разлад, смерти.
- (2) **Члены семьи с психическим расстройством** – это главным образом:
  - (а) злоупотребление алкоголем и наркотиками
  - (б) депрессия и другие эмоциональные расстройства
  - (в) суицид и самоповреждение
- (3) **Психическое расстройство у молодого человека.** Ретроспективная оценка старших тинейджеров посредством «психологической аутопсии» позволяет полагать, что более чем у 90% было какое-либо психическое расстройство, при этом у лиц обоего пола чрезвычайно часто встречаются аффективные расстройства, но часто встречаются и расстройство поведения и злоупотребление психоактивными веществами, особенно у лиц мужского пола. До половины из них контактировали со специалистами в связи с проблемами психического здоровья. Распространенность психических расстройств, вероятно, несколько ниже у младших тинейджеров, которые соответственно более вероятно реагируют на недавнее огорчение или на-

двигающуюся угрозу (например, оставлен/а девушкой/парнем или неминуемо прибудут плохие сведения из школы).

- (4) **Примеры успешного суицида или суицидальной попытки.** Включают семью, друзей и средства информации, особенно телевидение.
- (5) **Один или несколько предшествующих эпизодов умышленного самоповреждения** - примерно в 40% случаев. Кроме того, в течение 24 часов, предшествующих акту суицида, многие угрожали самоубийством или проявляли суицидальное поведение.
- (6) **Доступность высоколетальных средств.** Например, в США наиболее распространенным средством является ружье, которое недостаточно хорошо спрятали под замок, а в Британии, где ружьями владеет гораздо меньше семей, это относительно редкое средство.

## **Кристаллизующие факторы и мотивация**

Подростковые суициды редко планируются тщательно, долго и злаговременно – чаще всего это импульсивные реакции на кристаллизующий стресс. У младших тинейджеров наиболее распространенный кристаллизатор – дисциплинарный кризис, когда у молодого человека возник конфликт со школой или милицией, и это должно открыться родителям. Другие кристаллизаторы представляют проблемы с психотическим родителем и ссоры с родителями, друзьями или с парнем/девушкой. Молодые люди, не посещающие школу, в то время могут быть подвержены особому риску из-за недостаточной поддержки. Судя по запискам самоубийц, обычная мотивация – желание избежать недавнего кризиса, при этом проявляемый гнев чаще направлен вовне, на других людей или враждебные обстоятельства, а не внутрь, на самого себя.

## **УМЫШЛЕННОЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЕ (УСП)**

УСП (суицидальная попытка, парасуицид) в детском и подростковом возрасте встречается примерно в тысячу раз чаще, чем завершенный суицид. В США среди 14-17-летних школьников примерно 15-25% сообщают, что в предшествующие 12 месяцев всерьез думали о самоубийстве, 8-9% - что умышленно повредили себя, в результате чего примерно одна треть из них получали медицинскую помощь. Среди 15-16-летних англичан данные сходны: 22% сообщают о суицидальных мыслях за предшествующие 12 месяцев, 7% повредили себя, и примерно одна восьмая из них получила медицинскую помощь. До 12 лет УСП чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. В возрасте тинейджеров (с 13 до 20) это соотношение разительным образом меняется на противоположное - преобладание лиц женского пола, по меньшей мере, 2:1 (в клинических исследованиях гораздо больше). Самая распространенная форма УСП, особенно у лиц женского пола, - самоотравление. Между началом 1950-х и концом 1980-х частота УСП значительно возросла, но с тех пор постоянно снижается.

## **Фоновые факторы**

- (1) Недостаток поддерживающих взаимоотношений в семье. Связь с «разбитым домом», помещением в детский дом и с недостаточно теплой, высококонфликтной семейной средой с плохим общением. Часто в центре конфликта с родителями - роли, обязанности и ограничения.
- (2) Члены семьи с психическим расстройством. Родители, особенно отцы, часто злоупотребляют алкоголем.
- (3) Почти у всех в истории болезни текущее или недавнее психическое расстройство, чаще всего депрессия, тревога, расстройство поведения или наркомания. Тем не менее, у большинства нет стойкой тяжелой депрессии.

- (4) История физического или сексуального насилия. Дети, с которыми плохо обращаются, могут быть особенно склонны ненавидеть себя.
- (5) Часто встречаются проблемы в школе или на работе. Академические достижения обычно ниже среднего и, как правило, бывают проблемы, связанные с учителями и сверстниками. У старших тинейджеров часто встречается безработица.
- (6) Члены семьи, друзья и сообщения в средствах информации могут давать примеры для подражания. Хорошо описано заражение в пределах подростковых отделений стационаров.
- (7) Примерно 10-20% совершают предыдущую попытку.
- (8) Поскольку УСП почти всегда совершается под влиянием момента, импульсы более вероятно приведут к действиям, когда есть непосредственный доступ к лекарственным препаратам - прописанным или отпускаемым без рецепта.

### **Кристаллизующие факторы**

Очевидный кристаллизатор в течение двух дней до УСП может быть установлен примерно в двух третях случаев; там, где нет идентифицируемого кристаллизатора, более вероятно психическое расстройство. Во многих случаях для индивидуума, ставшего уязвимым под влиянием многочисленных предшествовавших и сопутствующих неприятностей, относительно небольшой дополнительный стресс кажется «последней каплей». Острые кристаллизаторы иногда инициируют УСП у молодых людей, хорошо приспособленных во всем остальном. Наиболее распространенные кристаллизаторы - ссоры с семьей, друзьями или парнем/девушкой. УСП может также спровоцировать эпизод физического или сексуального насилия.

### **Мотивация**

В то время, когда они повреждают себя, молодые люди обычно на кого-то злятся или чувствуют себя одинокими и ненужными. Беспокойство о будущем больше выражено у старших тинейджеров. Безнадежность выражена только у меньшей части с тяжелой депрессией. УСП обычно отражает страстное желание получить временную передышку в мучительных обстоятельствах (действуя в некоторой степени сходно с тем, чтобы напиться) или желание повлиять на семью и друзей. И редко это «крик о помощи», обращенный к специалистам (отчасти поэтому обычно отвергаются предложения помощи от специалистов). Обстоятельства УСП обычно не позволяют предполагать серьезного намерения умереть или заблаговременного планирования. УСП обычно импульсивно: примерно половина молодых людей замышляют его менее чем за 15 минут перед тем, как осуществить. С другой стороны, лишь 10-15% думают о самоповреждении более одного дня.

### **Оценка**

Широко признается, что всем детям и подросткам, которые повреждают себя, следует пройти оценку психического здоровья и психосоциальную оценку, но это мнение больше обязано здравому смыслу и предусмотрительности, чем веским доказательствам того, что именно всестороння, а не избирательная оценка снижает частоту последующих рецидивов со смертельным исходом. В оценке может участвовать детский психиатр, но равным образом могут участвовать и соответственно подготовленная медсестра, социальный работник или другой специалист по психическому здоровью. Информантов можно интервьюировать сразу же, а оценку молодого человека, возможно, потребуется отложить до тех пор, пока не пройдет токсическое действие передозировки. Оценка должна охватывать следующие сферы:

- (1) Обстоятельства самоповреждения и выраженность суициального намерения (вставка 11.1).
- (2) Возможные кристаллизующие факторы в предшествующие дни.

- (3) Предрасполагающие факторы – предыдущие и нынешние обстоятельства жизни, история семьи, примеры суициального поведения.
- (4) История болезни и обследование психического состояния, чтобы оценить текущий психиатрический статус и риск суицида. Нарастают ли прогрессивно суициальные разговоры и поведение?
- (5) Эпизод самоповреждения характерен для длительно существующих трудностей при совладании со стрессом или получении поддержки более адаптивным способом?
- (6) Отношение индивидуума и семьи к профессиональной помощи.

#### **Вставка 11.1 Характеристики, указывающие на серьезные намерения совершить самоубийство.**

- (1) Совершается в уединении
- (2) В такое время, что вмешательство маловероятно
- (3) Принимаются меры предосторожности, чтобы избежать обнаружения
- (4) Делаются приготовления в ожидании смерти
- (5) Другие люди заранее информированы о намерениях индивидуума
- (6) Всестороннее предварительное обдумывание
- (7) Оставлена записка самоубийцы
- (8) Вслед за эпизодом не удается поднять по тревоге других людей

#### **Введение**

Родителю следует посоветовать спрятать под замок потенциально ядовитые лекарства и ружья и ограничить доступ молодого человека к алкоголю и наркотикам. Когда УСП – это нехарактерная реакция на острый стресс у молодого человека, хорошо адаптированного в других отношениях, обычно все, что необходимо – это направление к семейному доктору. Другая крайность – психиатрическая госпитализация – изредка необходима для дальнейшей оценки, лечения основного психического расстройства или из-за сохраняющегося высокого риска суицида. Между этими двумя крайностями – амбулаторное лечение, которое обычно предлагают молодым людям, повредившим себя, хотя многие так никогда и не появляются. Сопутствующие психические расстройства, такие как депрессия и расстройство поведения, можно лечить стандартными способами, которые описаны в других местах этой книги.

Что касается самого самоповреждения, то нет веских доказательств, что какое-либо вмешательство достоверно изменяет частоту рецидивов или психосоциальное приспособление в долгосрочной перспективе. Тем не менее многие клиницисты чувствуют необходимость что-нибудь назначить. Часто представляется, что показан семейный подход, хотя семьи обычно трудно ввлечь или изменить. Некоторые семьи отбрасывают этот эпизод как ничего не значащий; следуют способствовать тому, чтобы они отнеслись к нему как к серьезному запросу на то, чтобы решить проблемы или уменьшить стресс. Может быть полезна краткая индивидуальная терапия, особенно если она направлена на улучшение возможностей молодого человека решать проблемы и справляться со стрессами более адаптивным способом. Иногда кризисное вмешательство такого рода приводит к более продолжительной психотерапии. Если обслуживание не прерывается между стадиями оценки и лечения, то более вероятно, что индивидуумы и семья примут лечение.

Поскольку при умышленном самоповреждении на фоне подавленного настроения молодому человеку могут быть назначены селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), важно отметить два пункта, рассмотренных в главе 10. Во-первых, данные об эффективности СИОЗС при подростковой депрессии в настоящее время скорее предположительные, чем окончательные. Во-вторых, данные разнообразного качества свидетельствуют о том, что

СИОЗС могут увеличивать риск самоповреждения, и это подвергает сомнению целесообразность их назначения молодым людям, ранее повредившим себя.

## **Прогноз**

Хороших прослеживающих исследований молодых людей, которые повреждают себя, мало из-за трудностей, сопряженных с отысканием и привлечением испытуемых. Спустя один месяц общая приспособленность у них обычно лучше, чем во время УСП, но значимое меньшинство по-прежнему испытывает значительные трудности и через год. Продолжающиеся трудности предсказываются сопутствующими антисоциальными чертами. У индивидуумов, которые повредили себя во время острого кризиса, но раньше были хорошо адаптированы, особенно хороший прогноз. Примерно 10% молодых людей, которые повреждают себя, в течение следующего года делают это вновь. Предикторы повторения включают: мужской пол; более чем один предшествующий эпизод УСП; обширную психопатологию в семье; плохое социальное приспособление, а также психическое расстройство (в т.ч. злоупотребление психоактивными веществами). Последующие эпизоды могут быть фатальными, либо умышленно, либо потому, что, планируя несмертельную травму или передозировку, индивидуум недооценивает их летальность. Примерно 1% молодых людей, которые повреждают себя, впоследствии действительно себя убивают, обычно в течение следующих двух лет. Факторы, увеличивающие риск возможного суицида - мужской пол, старший возраст подростка, наличие психического расстройства и использование в первоначальном эпизоде активных, а не пассивных способов (например, повешение, а не передозировку).

## **Обзор по теме**

Shaffer D., Gutstein J. (2002) Suicide and attempted suicide In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 529-554.

## **Дополнительное чтение**

- Gould M.S. et al. (2003) Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 386-405.
- Hawton K. et al. (2002) Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. BMJ, 325, 1207-1211.
- Shaffer D. (1974) Suicide in childhood and early adolescence. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 15, 275-291. (Старое, но отличное описательное исследование завершенного суицида у 12-14-летних; другие исследования по большей части направлены на старших тинейджеров.)
- Shaffer D. et al. (1996) Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry, 53, 339-348.

## Глава 12 СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Эта глава касается диагностируемых расстройств, которые возникают после отдельных тяжелых потрясений, а не повреждений, вызванных продолжительными стрессами. Типичное продолжающееся неблагополучие - проживание с родителями, которые постоянно дерутся или страдают от серьезного психического расстройства; наличие инвалидизирующего заболевания у ребенка; подвергание травле или дискриминации; а также многократно разрушенный личностный мир, например насилием или войной. Все это и процессы совладания обсуждаются в главе 30, которую следует читать в связке с этой главой.

В МКБ-10 и DSM-IV описаны три расстройства, возникающие после отдельных потрясений. У *посттравматического стрессового расстройства* (ПТСР) наиболее точно определенный профиль симптомов, которые должны присутствовать, по меньшей мере месяц; у *острого стрессового расстройства* профиль симптомов немного больше, но оно длится менее месяца. И то и другое – вполне понятные реакции на ужасные события, которые бы явно расстроили почти любого; главное различие между ними – в том, как долго длится реакция. Можно спросить, почему понятные реакции классифицируют как психические заболевания? Ответ отчасти заключается в чрезмерности и устойчивости психических феноменов, которые находятся за пределами обычного личного опыта и поэтому являются «ненормальными», а отчасти – в степени вызванных ими страданий и нарушений. С другой стороны, *расстройство приспособления (адаптации)*<sup>9</sup> – непомерная реакция, более значительная, чем можно ожидать у большинства людей. Оно включает очень широкий спектр возможных симптомов, которые не настолько выражены, чтобы соответствовать критериям какого-либо специфического расстройства, и эти симптомы могут продолжаться вплоть до шести месяцев после того, как прекратилось расстраивающее событие. Тяжелая потеря явным образом исключена из расстройства приспособления и обсуждается отдельно.

### Оценка

При оценке тяжести реакции ребенка, помимо интервьюирования родителей и получения сведений от учителей, решающее значение имеет разговор с самим ребенком. В прошлом с детьми часто не разговаривали, и до 1970-х годов в авторитетных учебниках по детской психиатрии утверждалось, что дети мало реагируют на острый стресс. Потом, в результате тщательной оценки эмоций, познания и поведения подвергшихся стрессу детей, картина значительно изменилась. Сейчас признается, что нужно принимать во внимание специфические ограниченные страхи, а не только общую боязливость, спросить о навязчивых мыслях и образах, а также об избегании. Дети их часто раскрывают, если спрашивать с сочувствием, и могут сказать, что они не говорили своим родителям, потому что не хотели их расстраивать. Важно также учитывать все последствия для психосоциального функционирования, заметные в дружеских отношениях и школьных занятиях. Обычные психиатрические шкалы детских симптомов, такие как SDQ (CCT) или CBCL<sup>10</sup>, заполненные учителями или родителями, могут не обнаружить никаких проблем у пораженных детей; более того, взрослым может показаться, что озабоченные и оцепеневшие дети особенно хорошо себя ведут. Детские опросники для самоотчетов также могут пропустить ПТСР, поскольку их общие скрининговые вопросы плохо улавливают симптомы ПТСР. Однако при специфических расспросах пораженные дети обычно способны уже с трехлетнего возраста дать ясный отчет.

### **ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)**

ПТСР впервые было признано расстройством Американской Психиатрической Ассоциацией в DSM-III в 1980 году в результате опыта, накопленного с ветеранами Вьетнамской войны, которые предъявляли характерную триаду - навязчивые мысли, эмоциональное оцепенение и избегание, а также физиологическое гипервозбуждение. С тех пор все больше и больше признается, что ПТСР в определенно сходной форме возникает у детей. Оно возникает после того, как ребе-

нок испытал бедствие или грубое насилие или был свидетелем этого, а также может возникать после сексуального или физического плохого обращения, угрожающих жизни заболеваний, медицинских процедур и автомобильных катастроф. И если бедствия встречаются редко, то физическое и сексуальное насилие – нет. Дети также часто бывают свидетелями серьезного домашнего насилия; например подсчитано, что дети являются свидетелями 10-20% убийств (большинство убийств происходит в результате домашних споров). У детей, находящихся в больнице с серьезными травмами или заболеваниями, риск тоже повышен, как и у беженцев из стран, разодранных войной. Как предел в одном исследовании с использованием критериев DSM, ПТСР обнаружили у 100% сексуально растленных детей, у 70% подвергшихся физическому насилию и у 60% вовлеченных в бедствия. Таким образом, ПТСР развивается у значимого меньшинства или даже у большинства, и эта доля тем больше, чем более шокирующей, по внешним оценкам, является травма. Во многих случаях ПТСР не распознается и не лечится. И хотя распознавать и лечить симптомы ПТСР важно, часто бывает необходимо, чтобы это вошло в состав широкого плана ведения, соответствующим образом учитывая широкий спектр проблем ребенка и семьи, и в этом плане образование и социальные службы могут играть большую роль, чем службы здравоохранения.

## **Диагностические критерии ПТСР**

По прошествии события, которое бы расстроило почти любого, ребенок, по меньшей мере месяц испытывает некоторые симптомы каждой из следующих трех групп:

- (1) Травмирующее событие *постоянно переживается повторно*, например, навязчивые образы, травмирующие сны, повторяющееся проигрывание в игре, страдание при напоминании.
- (2) Продолжающееся *избегание связанных с травмой стимулов или оцепенение реагирования*: избегание мыслей, чувств, мест и ситуаций; ощущение пребывания в одиночестве или оторванности, интересы редуцированы и эмоциональный диапазон ограничен; плохая память на важные аспекты травмы; потеря веры в будущее: некоторые считают, что им надо жить одним днем и не загадывать наперед.
- (3) Новые симптомы *повышенного возбуждения*, включающие нарушение сна, раздражительность, плохую концентрацию внимания, проблемы с памятью при обучении новому материалу и при воспоминании выученных ранее фактов и навыков, сверхбдительность и настороженность по отношению к любой воспринимаемой опасности и чрезмерную стартл-реакцию.

Навязчивые мысли обычно поражают детей в тихое время, например, когда они ложатся спать; они также могут быть вызваны напоминанием в окружающей обстановке. Часто встречаютсяочные кошмары и ночное пробуждение, а также страх темноты. Помимо строгих критериев ПТСР, часто встречается повышенный уровень общих страхов и тревоги; нередко возникают панические атаки. Часто бывают трудности при разлуке, даже у подростков; дети могут захотеть спать в родительской постели. Многие дети становятся гораздо более сердитыми и раздражительными, чем раньше, – и с родителями и со сверстниками. Если в бедствиях были убиты или ранены друзья, многие дети чувствуют себя виноватыми за то, что уцелели: за то, что живут, за то, что недостаточно сделали, чтобы спасти других, или за то, что сделали для того, чтобы выжить.

Степень воздействия травмы влияет на выраженность симптомов: те, кто непосредственно испытал боль или вплотную приблизился к смерти, как правило, поражены наиболее сильно. Обычно наиболее заметны избегание и страх предметов и событий, непосредственно относящихся к травме, а избегание и страх стимулов, опосредованно связанных с травмой, выражены меньше. Например, у детей, оказавшихся на тонущем корабле, впоследствии, скорее всего, будут выраженные страхи, относящиеся к лодкам, а также могут быть менее выраженные страхи, связанные с путешествием поездом или самолетом, но предметов и событий, не относящихся к

бедствию, они будут бояться не больше других детей. В то время как общая тревога и депрессия имеют тенденцию со временем идти на убыль, специфические страхи и избегание могут быть удивительно устойчивы. Все больше документальных подтверждений тому, что эти симптомы сопровождаются длительными внутренними физиологическими эффектами: так, через пять лет после землетрясения в Армении у детей с симптомами навязчивого повторного переживания травмы все еще был повышен уровень кортизола в покое.

### **Модерирующие переменные**

И в детстве и во взрослом возрасте определенно сходные травмы могут оказывать совершенно разное действие на разных индивидуумов. Отчасти это может отражать различия в темпераменте, личности или генетическую подверженность специфическим расстройствам. Могут также иметь значение некоторые когнитивные свойства, такие как хорошие навыки решения проблем. Из литературы по устойчивости<sup>35</sup> представляется также вероятным, что дети лучше смогут амортизировать стресс, если у них хорошие взаимоотношения с одним родителем, сплоченная и гармоничная семья, и поддержка более широкой социальной сети сверстников и учителей. И напротив, дисфункция семьи, проблемы со сверстниками и серьезное социальное неблагополучие, - все это, вероятно, нарушает устойчивость. Эти факторы более полно обсуждаются в главе 30.

### **Лечение**

У многих травмированных детей никогда не было возможности свободно говорить о том, что они пережили, с информированным и сочувствующим взрослым. Возможно, что когда их начали одолевать навязчивые мысли, они стали бояться, что сходят с ума, и возможно, что они были очень напуганы казавшимися им необъяснимыми паническими атаками. Если такие дети услышат, что это нормальные реакции на ненормальный опыт, это может помочь им осмыслить свой мир и этим положит начало утешению.

Родители и учителя также могут нуждаться в помощи, чтобы признать то, что случилось, и успокоить ребенка. Когда взрослые считают, что о травме и ее последствиях не следует говорить, «чтобы не расстраивать ребенка», или сами боятся того, что может быть сказано, дети часто догадываются об этом и хранят молчание в угоду им.

С детьми можно также применять несколько когнитивных подходов и воздействий, успешность которых доказана у взрослых. Механизмы, запускающие приступы тревоги, могут быть выявлены, а затем на них воздействуют, обучая релаксации и другим методикам снижения тревоги. Затем за ними может следовать ступенчатое воздействие обстановкой бедствия; для того, чтобы преодолеть избегание, воздействие, как правило, должно быть живым и долгим. Другие когнитивные методики представляют оспаривание дизадаптивных мыслей и применение направленных образов, чтобы приобрести власть над мучительными чувствами. Могут быть полезны групповые обсуждения с товарищами по несчастью и их родителями, но они должны продвинуться дальше выражения чувств (которое может только возобновить тревогу) и принять более терапевтическое направление. Результаты контролируемых испытаний у детей и подростков начинают появляться в печати, но, по существу, данных больших рандомизированных контролируемых испытаний на сегодняшний день немного.

В начале 1990-х был разработан метод десенситизации и переработки движением глаз (ДПДГ) в соответствии с которым детей просят вызывать в воображении образ травмирующего события и одновременно с этим следить движениями глаз за рукой психотерапевта, которая перемещается в поле зрения на значительные расстояния. В отличие от когнитивно-поведенческих подходов, здесь почти не предлагается словесных вмешательств и интерпретаций. У некоторых детей образы теряют способность вызывать тревогу, и наблюдается существенное улучшение. У взрослых ДПДГ проверена в испытаниях и теперь изучается механизм ее действия; у детей на сегодняшний день испытаний по существу не было.

При трудностях с засыпанием могут помочь простые методики, например слушать в кровати запись музыки или сказки, чтобы отогнать неприятные навязчивые мысли. Плохие сны можно в течение дня рассказать снова, чтобы ребенок сделал окончание счастливым. Помимо лечения специфических симптомов ПТСР, может оказаться необходимым обратиться к более широким вопросам. Например, если родители детей во время бедствия были убиты, может быть жизненно важным помочь детям и их новым воспитателям приспособиться к потребностям каждого из них. Им может понадобиться помочь, чтобы отличить горе от страха, вызванного происшедшем.

## **Предупреждение**

Предупреждение ПТСР посредством дебрифинга в ближайшее время после травмирующего события (в пределах двух недель) вызывает сомнения, поскольку у взрослых было проведено несколько рандомизированных контролируемых испытаний, и они не показали однозначной пользы, а некоторые обнаружили пагубный результат – возможно потому, что концентрация на симптомах в начальном периоде прерывает процесс нормальной здоровой обработки. Тем не менее, листки, предупреждающие молодых людей и их родителей о возможных эмоциональных последствиях, вероятно полезны, и их все больше и больше предоставляют благотворительные организации, такие как траст Предупреждения несчастных случаев с детьми (Child Accident Prevention Trust).

## **ОСТРОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО**

Этот диагноз применяется, когда спектр симптомов присутствует, по меньшей мере, два дня, но не более месяца после травмирующего события, в которое была вовлечена смерть или тяжелая травма, или их угроза. Реакция должна включать интенсивный страх, беспомощность или ужас. Помимо симптомов типа повторного переживания, избегания и возбуждения, которые наблюдаются при ПТСР, присутствуют диссоциативные симптомы, такие как эмоциональное оцепенение, редуцированное осознание окружающего («пребывание в окоченении»),dereализация, де-персонализация, отрицание или амнезия. Исследований острых реакций на стресс в детском возрасте мало; эти симптомы обычно рассматривают как вероятные предшественники ПТСР и соответственно с ними обращаются.

## **РАССТРОЙСТВО ПРИСПОСОБЛЕНИЯ<sup>9</sup>**

Этот термин используется для обозначения широкого спектра симптомов, которые не соответствуют полностью критериям какого-либо другого расстройства, но представляются непомерными относительно того, насколько расстраивающим было событие. Важный критерий при постановке диагноза - нарушения. Могут встречаться симптомы, характерные для наиболее распространенных расстройств, хотя преобладают депрессия и смешанная с депрессией тревога; дети, претерпевающие негативные события жизни, страдают от этих расстройств примерно в пять раз чаще. Чрезмерные реакции на острый стресс встречаются гораздо чаще, когда ребенок уже испытывает несколько продолжающихся несчастий – как «соломинка, сломавшая спину верблюда». Лежащие в их основе механизмы более полно обсуждаются в главе 30. Помимо того, чтобы помочь ребенку понять стресс и совладать с ним, при лечении следует попытаться уменьшить продолжающееся неблагополучие, например предложить родителям попробовать семейную терапию, чтобы уменьшить разлад; обратиться к учителям, чтобы попытаться преодолеть издевательство со стороны сверстников, а также способствовать переезду из опасного района. Может существенно помочь содействие факторам защиты: например побуждать ребенка вступить в спортивную команду или записаться в танцевальный класс, чтобы способствовать развитию навыков, уверенности в себе и положительных отношений со сверстниками.

## **ТЯЖЕЛАЯ УТРАТА**

Три основные стадии горя у детей описаны такими писателями, как Анна Фрейд (Anna Freud) и Джон Боулби (John Bowlby), и эмпирические наблюдения подтвердили их в общих чертах. Во-первых, *первоначальная кризисная реакция* с потрясением, отрицанием и неверием, эмоциональным оцепенением и чувством оторванности; мысли и поведение направлены главным образом на того, кого потеряли. Затем следует *эмоциональная дезорганизация* с грустью и плачем, гневом и обидой, чувствами отчаяния, обманутых надежд, безнадежности и никчемности, плохим сном и аппетитом, а иногда с чувством вины и самообвинением. *Приспособление* к потере, в конечном счете, проявляется снижением тревоги, нарастающим наслаждением жизнью, большей вовлеченностью в каждодневные занятия и образованием новых привязанностей. Эти стадии сливаются друг с другом и могут сосуществовать. Скорость продвижения от одной стадии к другой очень разнообразна и переходы не являются необратимыми: под влиянием нового стресса ребенок может временно вернуться на прежнюю стадию.

На групповом уровне, у детей, перенесших тяжелую утрату, частота психопатологии в течение года, следующего за потерей, выше, чем у контрольных детей. До известной степени реакции на тяжелую утрату - неизбежное следствие взаимоотношений привязанности. Тем не менее, когда возникают пагубные долгосрочные последствия, то обычно это бывает не в результате психологического влияния потери, а потому, что также имели место нарушение хорошего качества эмоционального и общего попечения, потеря занятий, изменения в школьном обучении, ухудшение жилищных условий и т.п. Психиатрическая оценка может быть показана, когда детям меньше десяти лет, у них трудности при обучении, они перед этим перенесли потери, если в личной или семейной истории имеется психическое расстройство, если смерть была неожиданной или иным образом травматичной, если имеется множественное неблагополучие и если переживший родитель недостаточно заботится о ребенке. Вмешательство включает следующее: поддерживать родителя в том, чтобы чутко присматривать за ребенком, помочь ребенку понять потерю, навещать могилу и отмечать годовщины, таким образом участвуя в трауре. Испытания таких вмешательств показывают, что они снижают психопатологию и улучшают функционирование.

## **Обзоры по теме**

- Black D. (2002) Bereavement In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 299-308.
- Hill P. (2002) Adjustment disorders In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 510-519.
- Perrin S. et al. (2000) The assessment and treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry 41, 277-289
- Yule W. (2002) Post-traumatic stress disorders In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 520-528.

## **Дополнительное чтение**

- King N.J. et al. (2000) Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 1347-1355.
- Sandler I.N. et al. (1992) Linking empirically based theory and evaluation: the family bereavement program. American Journal of Community Psychology 20, 491-521
- Strain J.J. et al (1998) Adjustment disorder: the MacArthur reanalysis. In: Widiger T.A. et al (eds) DSM-IV Source book, Vol. 4. pp 403-424. Washington DC: American Psychiatric Association
- Yule W. et al (2000) The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence. Journal of Child Psychology and Psychiatry 41, 503-511

## Глава 13 ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Детские психиатры давно знали, что иногда у детей развиваются доставляющие неприятности и огорчительные ритуалы и руминации, но до недавних пор их обычно считали относительно неспецифическими симптомами широкой группы эмоциональных расстройств. Последние исследования подчеркнули важность разделения эмоциональных расстройств на подгруппы, при этом обсессивно-компульсивное расстройство (OKР) оказалось особенно своеобразной подгруппой с точки зрения симптоматологии, этиологии, лечения и прогноза.

### Эпидемиология

У существенной части взрослых с OKР (примерно от одной трети до половины) первые симптомы возникают в возрасте до 15 лет. Эпидемиологические исследования позволяют полагать, что распространенность у подростков составляет примерно 0,5% - 2%. У детей до пубертатного возраста распространенность ниже, но типичное OKР может встречаться и у детей в возрасте 7 лет и даже младше. Нет сомнения, что OKР встречается гораздо чаще, чем считалось - отчасти потому, что дети и подростки с OKР часто скрывают имеющиеся у них симптомы. Начиная с подросткового возраста, лица мужского и женского пола, как правило, поражаются одинаково часто, но при препубертатном OKР преобладают лица мужского пола.

### Характерные признаки

Обсессии – это нежелательные повторяющиеся или навязчивые мысли. Компульсии – это не нужные повторяющиеся действия (или умственные занятия, такие как счет). Симптомы OKР у пятилетнего и у 25-летнего на удивление мало различаются. Наиболее распространенные компульсии включают мытье, чистку, повторение, проверку и прикасание. Наиболее распространенные обсессии сосредоточены на загрязнении, бедствиях и симметрии, в некоторых культурах существенное значение имеют религиозные обсессии. У большей части молодых людей с OKР имеются и обсессии и компульсии; у некоторых – только компульсии; и сравнительно у немногих – только обсессии. При диагностике OKР у взрослых требуется сопротивление обсессиям и компульсиям, но и МКБ и DSM признают, что у детей и подростков сопротивление присутствует не всегда. Обычно молодые люди прилагают огромные усилия, чтобы скрыть свои симптомы от родителей, сверстников и специалистов, так как они беспокоятся, что другим людям их симптомы покажутся странными или «сумасшедшими», и это единственная причина, почему службы психического здоровья принимают меньше детей и подростков с OKР, чем следовало бы ожидать, исходя из оценок распространенности в сообществе.

### Сопутствующие признаки

Часто встречаются коморбидные тревожные и депрессивные расстройства, которые могут быть вторичными по отношению к OKР. Иногда именно тревога или депрессия являются причиной направления к психиатру, и если не задать специфических вопросов, молодой человек может не раскрыть «постыдные» обсессивно-компульсивные симптомы. В ритуалы и необходимость постоянного подтверждения могут быть втянуты родители и сиблиниги. Примерно у 10% - преморбидно обсессивная личность. Преморбидные ритуалы отхода ко сну не чрезмерны, и обычно дети с OKР могут отчетливо отличать у себя обсессивно-компульсивные симптомы от обычных ритуалов и суеверий.

## **Дифференциальный диагноз**

- (1) **Нормальные ритуалы детства.** Ритуалы отхода ко сну зачастую достигают пика с двух до трех лет, а после восьми лет редко сохраняются в заметной степени. Игры с правилами нарастают с пяти лет. Коллекционирование часто начинается около семи. Подростковые «обсессии» каким-либо занятием или кумиром санкционированы культурой и способствуют объединению сверстников. ОКР немного походит на нормальные ритуалы: у них имеются общие темы, например счет и порядок, а пик приходится на время отхода ко сну. Но ОКР отличается от нормальных ритуалов тем, что ритуалы ОКР не изменяются с возрастом, а симптомы не способствуют, а препятствуют социализации и росту независимости.
- (2) **Первичные депрессивные расстройства** могут приводить к вторичным обсессивно-компульсивным симптомам. Важно тщательно собирать историю болезни, чтобы установить, начались ли депрессивные симптомы первыми.
- (3) **Недифференцированные эмоциональные расстройства.** Дети, как и взрослые, могут представлять относительно недифференцированные эмоциональные расстройства, когда легкие обсессивно-компульсивные симптомы смешаны со страхами, беспокойствами и печалью, так что ни один элемент не преобладает.
- (4) **Расстройства аутистического спектра.** Ритуалистическое и повторяющееся поведение, характерное для расстройств аутистического спектра, сопровождается другими аутистическими нарушениями - общения и социального взаимодействия, оно обычно проще, чем ритуалы ОКР и не является эгодистоническим. Тем не менее важно помнить, что у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра действительно иногда дополнительно развивается ОКР, которое может хорошо поддаваться поведенческой терапии или медикаментозному лечению.
- (5) **Шизофрения** может сопровождаться обсессиями и компульсиями. Если «обсессия» на самом деле является голосом, а «компульсия» - ответом на команду, это важно выяснить.
- (6) **Нервная анорексия** имеет обсессивно-компульсивные свойства относительно пищи и тренировок, но они автоматически не являются основанием для дополнительного диагноза ОКР. И напротив, ОКР может включать избегание «загрязненной» пищи или компульсивные тренировки, но это не является основанием коморбидного диагноза нервной анорексии, если у молодого человека реалистичный образ тела. Однако в некоторых случаях ОКР и расстройства приема пищи доподлинно существуют.
- (7) **Синдром Туретта** обычно сопровождается обсессивно-компульсивными признаками, иногда достигающими ОКР (см. главу 14). Возможно, что сложные тики, которым предшествует «козвы» - это другое название компульсий. Поскольку семейные исследования позволяют полагать, что одни и те же гены могут увеличивать предрасположенность и к тикам, и к ОКР, не так удивительно, что феноменология тиков и ОКР также перекрывается.

## **Причинность**

Расстройство часто возникает постепенно, без какого-либо явного кристаллизатора. И даже когда родители или молодые люди могут установить кристаллизатор, ответ обычно непропорционален первоначальному стрессу. Вероятно, во многих случаях важна конституциональная уязвимость. Несмотря на энтузиазм, который раньше вызывали психодинамические объяснения, современные теории придают основное значение биологическим и поведенческим объяснениям. Неврологические и нейровизионные исследования указывают на структурные или функциональные аномалии базальных ганглиев и связанных с ними областей лобной доли. Кроме того,

все больший интерес вызывает этиологическое предположение, что компульсии – это фиксируемые образцы действий, относящихся к очищению и грумингу, которые ускользнули от подавления «вышележащими центрами» и начали свою собственную жизнь. Раз начавшись, ритуалы могут сохраняться из-за того, что они приводят к снижению тревоги. Довольно часто встречается положительная семейная история заболевания ОКР. Тикозные расстройства и ОКР могут скапливаться в одних и тех же семьях, и это позволяет предполагать, что данные расстройства иногда могут быть проявлением одного и того же гена или генов, лежащих в их основе (см. главу 14). Могут быть и другие гены, предрасполагающие к ОКР, но не к тикозным расстройствам. Третий случай, по-видимому, являются фенокопиями: они следуют за стрептококковыми инфекциями, вызывающими иммунную реакцию, которая также повреждает собственные базальные ганглии индивидуума; это заболевание часто называют акронимом - PANDAS (педиатрические аутоиммунные нейропсихические расстройства, ассоциированные со стрептококковыми инфекциями). И хотя PANDAS – относительно новое обозначение, связь между постстрептококковыми заболеваниями и обсессивно-компульсивными симптомами была давно установлена при хорее Сиденгама - неврологическом проявлении ревматической лихорадки.

## **Лечение**

Учитывая, как широко распространено непонимание ОКР, жизненно важно дать представление об этом расстройстве пораженным молодым людям, а также их родителям, учителям и одноклассникам. Что касается специфической терапии, то, по-видимому, у детей эффективны и терапия поведения, и медикаментозное лечение, хотя на предмет эффективности в большей степени оценено медикаментозное лечение. Управление поведением при компульсиях часто начинается с начального периода ведения дневника. Затем ребенку помогают выстроить иерархию компульсий, расположив их в ряд от простейшей, которую можно попытаться преодолеть, до самой тяжелой (в наибольшей степени вызывающей тревогу). Начав с простейшей, ребенку оказывают поддержку и помочь в том, чтобы избежать выполнения компульсии. Когда все идет хорошо, такое «воздействие в виде предотвращения реакции» приводит к временному всплеску тревоги, за которым следует более длительное снижение компульсивного порыва. С помощью поведенческих подходов труднее преодолеть руминации - обсессии, у которых нет поведенческого сопровождения, впрочем, здесь могут помочь когнитивные подходы. Когда члены семьи втянуты в ритуалы, может быть особенно полезна работа с семьей. Во многих случаях важную роль играет медикаментозное лечение – в качестве дополнения к поведенческим подходам или в качестве альтернативы. Особенно эффективны селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и кломипрамин; они обычно хорошо переносятся детьми, даже в шестилетнем возрасте. Их прием следует начинать с малых доз и медленно титровать на повышение. Поддерживающее медикаментозное лечение может понадобиться длительное время, особенно если прежде прекращение приема препаратов приводило к рецидивам, несмотря на адекватную поведенческую терапию, направленную на предотвращение рецидивов. Для лечения ОКР, остро начавшегося после стрептококковой инфекции, использовали иммунологические подходы, в т.ч. замененное переливание плазмы; небольшие пробные испытания показали впечатляющие результаты, но прежде чем это может быть рекомендовано в качестве стандартного лечения, необходимы повторные проверки.

## **Прогноз**

В отличие от некоторых других эмоциональных расстройств в детском и подростковом возрасте ОКР кажется удивительно устойчивым, так что без лечения лишь незначительное меньшинство по прошествии 2-5 лет полностью выздоравливает. Даже при оптимальном лечении, у значительного числа пораженных индивидуумов сохраняется ОКР или, по крайней мере, некоторые причиняющие неприятности симптомы.

## **Обзор по теме**

Rapoport J., Swedo S. (2002) Obsessive-compulsive disorder In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 571-592.

## **Дополнительное чтение**

Thomsen P.H. (1998) Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical guidelines. European Child and Adolescent Psychiatry, 7, 1-11.

Swedo S. et al. (1998) Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS): clinical description of the first 50 cases. American Journal of Psychiatry, 155, 264-271.

## Глава 14 СИНДРОМ ТУРЕТТА И ДРУГИЕ ТИКОЗНЫЕ РАССТРОЙСТВА

**Тики** – неожиданные, повторяющиеся, стереотипные движения (моторные тики) или высказывания (голосовые или вокальные тики). Они непроизвольны или частично произвольны - как ответ на предваряющий «позвыв». Простые моторные тики (такие как моргание, гримасы или подергивание) и простые голосовые тики (такие, как хрюканье, сопение или лаянье), очевидно, бесполезны. Сложные<sup>11</sup> моторные тики (такие как отбрасывание волос назад, вращение по кругу, ощупывание вещей) и сложные голосовые тики (такие как слова или фразы) могут показаться более целенаправленными, но выпадают из контекста. Тики обычно возникают приступами и, как правило, разнятся по интенсивности от недели к неделе и от месяца к месяцу. Их можно недолго подавить, во время сна или увлекательного занятия они часто ослабевают, а при стрессе или релаксации - обычно усиливаются. Тики может усугубить стресс, вызванный тем, что из-за них ребенка дразнят или глазуют на него; так устанавливается порочный круг.

### Классификация

Синдром Туретта (СТ) включает хронические моторные и вокальные тики (моторные тики более одного типа плюс, по меньшей мере, один тип голосовых тиков), которые делятся более года и начались в возрасте до 21 года. Другие расстройства, признанные в DSM-IV и МКБ-10, – это «хроническое моторное или вокальное тикозное расстройство» и «транзиторное тикозное расстройство».

Большинство детских психических расстройств могут быть диагностированы только когда характерные симптомы приводят к значительному страданию или социальным нарушениям; это полезный способ отличить варианты нормы от расстройств, при которых, вероятно, потребуются клинические службы. В определении тикозных расстройств по DSM-IV имелось требование «страдание или нарушение», но в DSM-IV-R и в МКБ-10 оно отсутствует. Недостаток этого упущения в том, что у многих индивидуумов будет диагностированы тикозные расстройства, даже если у них нет нужды в службах.

### Эпидемиология

СТ поражает примерно 3-10 детей и подростков на 10 000. Соотношение мужского и женского пола, по меньшей мере, 3:1. Хронические моторные тики, вероятно, встречаются, по меньшей мере, в три раза чаще, чем СТ. Транзиторные тики встречаются еще чаще; согласно сообщениям, они поражают в какой-либо период времени до 4-16% молодых людей, но эти оценки основаны на сообщениях родителей и могут быть несоответственно высокими вследствие неправильного распознавания.

### Характерные признаки

Средний возраст появления моторных тиков – семь лет, начало редко бывает до двух или после 15 лет. Наиболее распространенные моторные тики - простые, включающие глаза, лицо, голову и шею. Сложные моторные тики редки и появляются позже. Голосовые тики обычно начинаются через год или два после моторных. Простые голосовые тики встречаются чаще, чем сложные. И хотя сложные голосовые тики, включающие непристойную речь (копролалию), хорошо известны, они возникают только у меньшей части - примерно через четыре-восемь лет после начала заболевания. Поэтому ошибочно исключать диагноз СТ на том основании, что отсутствует копролалия. Могут также возникать эхоподобная речь (эхолалия), эхоподобные действия (эхопраксия) и непристойные жесты или действия (копропраксия).

## **Сопутствующие признаки**

- (1) Обсессивно-компульсивные симптомы (иногда достигающие ОКР) возникают у одной - двух третей индивидуумов с СТ, особенно среди старших субъектов. Особенно распространены выравнивание<sup>12</sup>, счет и ритуалистическое прикасание, однако может также возникать и обычная для ОКР озабоченность проверкой и загрязнением.
- (2) Симптомы невнимательности и гиперактивности (иногда достигающие СДВГ) возникают у 25-50% и обычно появляются до появления самих тиков. Вероятно, именно коморбидный СДВГ, а не наличие тиков *per se*, больше всего предсказывает сопутствующие трудности в обучении и поведении.
- (3) Описано много других ассоциаций, в т.ч. самоповреждение, неспособность сдерживать агрессию, проблемы со сном, аффективные расстройства, тревожные расстройства, шизотипическая личность и расстройства аутистического спектра.

## **Дифференциальный диагноз**

- (1) Другие дискинезии могут походить на простые тики, но все они в некотором отношении отличаются от тиков (например, не нарастают при релаксации).
- (2) Стереотипии, обычно встречающиеся при тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости и расстройствах аутистического спектра, могут выглядеть как сложные моторные тики, но очень редко бывает, чтобы сложные тики имелись без каких-либо простых тиков.
- (3) Компульсии невозможно четко отличить от сложных тиков, которым предшествуют «позывы», но вторые почти всегда сопровождаются простыми тиками.

## **Причинность**

СТ, хронические тики и ОКР часто вместе распространяются в семьях: у родственников мужского пола тикозные расстройства встречаются чаще, чем ОКР, а у родственников женского пола справедливо обратное. При обширном исследовании генома не был выявлен один главный (майор-) ген, который бы приводил к менделевскому наследованию, но были выявлены возможные, хотя еще не подтвержденные, локусы аддитивных полигенов.

Имеются веские доказательства того, что в СТ вовлечена стриарная дофаминергическая система, однако специфические гипотезы, связывающие тики с избытком дофамина или с повышенной чувствительностью дофаминовых D2-рецепторов, получили меньше систематической поддержки. Кроме того, много правдоподобных, но недоказанных теорий, связывающих тики с дисбалансом в других системах нейротрансмитеров, включая холинергические, норадренергические, серотонинергические, глутаминергические и ГАМК-ергические системы.

Накапливаются свидетельства о том, что стрептококковые инфекции иногда могут спровоцировать аутоиммунные реакции, которые повреждают базальные ганглии, приводя к синдрому PANDAS (детские аутоиммунные нейропсихические расстройства, ассоциированные со стрептококковой инфекцией). Нейропсихиатрические проявления включают как тики, так и ОКР.

## **Лечение**

Совершенно необходимо объяснить ребенку, семье и школе, что СТ – медицинское расстройство, которое ребенок не в состоянии контролировать. Это не наглость и не одержимость злыми духами. При легких тиках специфическое лечение может не понадобиться. Может помочь психотерапия, например тренинг релаксации или устранение привычек, хотя имеющиеся доказа-

тельства еще не убедительны. Для молодых людей с относительно легкими тикозными расстройствами это может быть подходящим лечением первой линии. Это может быть также целесообразно, когда молодые люди с более тяжелыми тикозными расстройствами сильно стремятся попробовать психологическое подхходы перед тем, как думать о медикаментозном лечении.

Наилучшая признанная терапия - фармакотерапия нейролептиками. Нейролептики, как правило, могут уменьшить тяжесть тиков примерно на две трети, хотя иногда ценой ухудшения обучения или экстрапирамидных симптомов. Полное устранение тиков часто невозможно без наращивания дозы нейролептиков до таких уровней, которые приводят к неприемлемым побочным эффектам. Наиболее широко применяемые нейролептики исторически - галоперидол и пимозид, но опасения по поводу побочных эффектов (включая риск потенциально фатальных сердечных аритмий у пимозида) побуждают перейти к другим нейролептикам, таким как сульпирид и рисперидон, хотя имеющиеся доказательства в их пользу не так убедительны. Поскольку для тикозных расстройств характерны подъемы и спады, может потребоваться увеличить дозу нейролептиков, чтобы снять сильные обострения. Важно не забыть потом снова снизить дозу. Дозировку необходимо подбирать применительно к клиническим нуждам и обеспечить, чтобы ребенок всегда принимал наименьшую возможную дозу, согласующуюся с адекватным (а не полным) сдерживанием тиков. Вместо нейролептиков можно применять клонидин; его преимущество - меньше побочных эффектов, а соответствующий недостаток – меньшая эффективность: тяжесть тиков, как правило, снижается не на две трети, а примерно на одну.

При сопутствующих обсессиях и компульсиях может помочь терапия поведения или медикаментозное лечение: обычно это селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС) или кломипрамин, при необходимости дополненные нейролептиком. Когда у ребенка с тикозным расстройством также имеются значительные проблемы с невнимательностью и беспокойством, применение стимуляторов вызывает сомнения, поскольку они могут усиливать тики. Альтернативу стимуляторам представляют клонидин, бупропион и трициклические препараты, такие как имипрамин.

При тиках, возникших в составе PANDAS, предварительные данные свидетельствуют в пользу иммуномодулирующего лечения, включая заменное переливание плазмы, но прежде чем это может быть рекомендовано в качестве стандартного лечения, необходимы повторные проверки.

## **Прогноз**

В конце второго или начале третьего десятилетия часто бывает полное или частичное разрешение. СТ может продолжаться и на протяжении взрослого возраста, но и тогда тяжесть постепенно идет на убыль.

## **Обзор по теме**

Leckman J.F., Cohen D.J. (2002) Tic disorders In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 593-611.

## **Дополнительное чтение**

Pauls D.L. et al. (1991) A family study of Gilles de la Tourette syndrome. American Journal of Human Genetics, 48, 154-163. (Это исследование, хоть и старое, но предоставляет интересные данные в пользу генетической связи между некоторыми тикозными и обсессивно-компульсивными расстройствами).

## Глава 15 ЭЛЕКТИВНЫЙ МУТИЗМ

Дети с элективным мутизмом могут понимать, что говорят другие люди, но свою собственную речь ограничивают малой группой хорошо знакомых людей в специфических обстоятельствах. Обычно ребенок свободно говорит дома с родителями и сиблингами, а в школе не разговаривает с одноклассниками или учителями. Гораздо реже ребенок разговаривает в школе, но не дома. Мутизм обычно развивается в возрасте около трех - пяти лет. Тем не менее из-за него обычно не направляют к специалисту, пока ребенок ходит в детскую группу; чаще к врачу направляют после начала формального школьного обучения. Многие клиницисты ставят диагноз, только если продолжительность мутизма превышает шесть месяцев, хотя DSM-IV и МКБ-10 оговаривают продолжительность только один месяц.

### Эпидемиология

Отказ говорить в школе относительно часто встречается в течение нескольких первых месяцев после поступления в школу; в одном исследовании им было поражено почти 1% детей (среди детей иммигрантов частота выше). Эти проблемы почти все кратковременные. К шести или семи годам зарегистрированы частоты в пределах от 3 до 18 на 10 000 (перекрывающиеся с современными оценками частоты детского аутизма). И, несмотря на то, что мальчики больше, чем девочки, подвержены расстройствам развития речи, элективный мутизм у девочек встречается так же часто или даже чаще. С социально-экономическим статусом, размером семьи и порядком рождения отчетливой связи нет.

### Сопутствующие признаки

- (1) **Другие психиатрические проблемы.** Описаны повышенные частоты тревоги, депрессии, энуреза, энкопреза, гиперактивности и тиков. Недавние исследования установили особое значение высокой частоты социальной тревоги, так что большинство детей соответствуют диагностическим критериям социальной фобии (по DSM-IV) или социального тревожного расстройства детского возраста (по МКБ-10). На самом деле некоторые утверждают, что элективный мутизм следует рассматривать просто как симптом социального тревожного расстройства, а не как отдельный диагностический синдром.
- (2) **Проблемы с речью.** По определению, ребенок должен быть способен в некоторых ситуациях вполне нормально разговаривать, но часто в истории бывает некоторая задержка основных этапов развития речи или же остаются небольшие проблемы с артикуляцией. Это имеет значение для вашей оценки. Поскольку селективно немые дети вряд ли будут говорить с вами, важно оценить артикуляцию и уровень речевого развития ребенка каким-либо другим способом, например прослушать в записи как ребенок болтает дома или попросить посмотреть письменную работу. Иногда может быть очень полезна формальная оценка уровня речевого развития психологом или логопедом. Полезные скрининговые тесты на проблемы с рецептивной речью – это словарные тесты в картинках, при которых от ребенка требуется указать на рисунок, иллюстрирующий конкретное слово.
- (3) **Интеллект.** Очевидно, что его необходимо оценивать тестами, при которых не требуется, чтобы ребенок говорил, например, при помощи зрительно-пространственных субтестов из тестов интеллекта широкого диапазона. В одном исследовании средний невербальный IQ при элективном мутизме был 85, а разброс - от более 100 до менее 70. Элективный мутизм может возникать у детей с легкой и тяжелой генерализованной недостаточной обучаемостью.

- (4) **Взаимоотношения.** Замечено, что большинство детей, начиная с дошкольного возраста, заметно застенчивы и замкнуты и со взрослыми, и с детьми.
- (5) **Личность.** Непоколебимая решимость не говорить в некоторых обстоятельствах часто сопровождается другими признаками сильной воли. Некоторые дети угрюмы с незнакомыми и агрессивны дома; другие - застенчивы с незнакомыми и послушны дома; а третьи – чувствительны и легко расстраиваются как дома, так и в других местах. Часто встречается смешение этих личностных стилей.
- (6) **Семейные факторы.** Часто в истории - социальная тревога или элективный мутизм у родителя или у сиблинга. В большинстве случаев описываются материнская сверхзащита, а также связь с супружеским разладом (но не с распадом семьи), психическим заболеванием родителя (тревогой или депрессией) и личностными проблемами родителя, такими как выраженная агрессия или застенчивость.
- (7) **Травмирующий опыт.** Несмотря на то, что в исследованиях элективного мутизма, как правило, особое значение придается личностным факторам, а не специфическим травмам, в одном недавнем исследовании сообщалось, что селективно немые дети при сравнении с контрольными одноклассниками и с детьми с проблемами развития речи или языка чаще испытывали насилие (установленное или вероятное), большей частью сексуальное. Роль насилия и другого травмирующего опыта необходимо еще подтвердить.

### **Дифференциальный диагноз**

- (1) **Нормальность.** Маленькие дети заметно разнятся в том, насколько они общительны в незнакомой ситуации. Не является ли преходящий мутизм при поступлении в школу преувеличением нормальной застенчивости? А устойчивый мутизм – также находится в этом континууме или качественно отличен?
- (2) **Серьезные расстройства развития речи или приобретенные расстройства речи** можно исключить только когда имеются убедительные доказательства, что в некоторых обстоятельствах речь ребенка вполне нормальная.
- (3) **Расстройства аутистического спектра** исключаются такого же рода данными в сочетании с прямым наблюдением нормальной игры и социальных взаимодействий с членами семьи.
- (4) **Истерическая немота**, как правило, включает потерю речи во всех обстоятельствах. Начало большей частью внезапное (иногда после явного стресса) и обычно ей не предшествует выраженная пожизненная застенчивость.

### **Причинность**

Элективный мутизм может быть результатом сочетания конституциональных и средовых факторов. Выраженная конституциональная застенчивость может усиливаться домашним стрессом, положением иммигранта или смущением, вызванным относительно небольшими трудностями в артикуляции или когнитивными проблемами. Мутизм может вознаграждаться дополнительным вниманием и любовью дома и в школе. Без исследований близнецов или приемных детей, невозможно установить, на что указывает скопление случаев в семьях: на генетическую трансмиссию или на социальное моделирование. Не преисполнены ли тревожные и чрезмерно защищающие

родители своих детей социальными тревогами? Или одни и те же гены предрасполагают родителей к тому, чтобы стать тревожными и чрезмерно защищающими, а их детей - к тому, чтобы стать тревожными и селективно немыми?

## **Лечение**

Могут быть полезны поведенческие методики, например десенситизация ребенка к тому, чтобы говорить в больших группах, начиная только с одного знакомого лица и постепенно увеличивая размер группы. Очевидно, что совершенно необходимо обеспечить, чтобы вознаграждения за то, что ребенок говорит, были больше, чем вознаграждения за то, что он/а не говорит (например, с точки зрения внимания). Поскольку обычно элегтический мутизм – проблема, идущая от школы, зачастую наиболее подходящими поведенческими терапевтами «на линии фронта» являются учителя и помощники по классу, которых консультируют клиницисты или педагогические психологи. Можно применить речевую терапию, чтобы попытаться преодолеть проблемы с артикуляцией и тем самым уменьшить смущение детей по поводу того, чтобы говорить перед другими. Чтобы попытаться преодолеть сопутствующие проблемы с социальными отношениями, в терапевтический комплекс могут быть включены тренинг социальных навыков и семейная терапия.

При наличии и социальной фобии и элегтического мутизма было предложено применять селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Предположительные, но не окончательные доказательства их полезности получены в нескольких небольших исследованиях. Представляется благоразумным не пробовать медикаментозное лечение до тех пор, пока не будет назначен и не помог основательный курс поведенческой терапии. Когда медикаментозное лечение применяется и действует, его следует впоследствии постепенно отменить.

## **Прогноз**

Несмотря на то, что мутизм при поступлении в школу обычно преходящий, вероятность разрешения разительно падает, как только мутизм продолжается по меньшей мере 6-12 месяцев. В одном исследовании установленных случаев обнаружено, что у половины наблюдалось очень мало или почти никакого улучшения через пять-десять лет. Улучшение чаще всего наступает в ранние школьные годы, но может наступить и на более позднем этапе. Разрешение мутизма обычно, но не всегда, сопровождается также и улучшением взаимоотношений.

## **Обзор по теме**

Standard S., Le Couteur A. (2003) The quiet child: a literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 154-160.

## **Дополнительное чтение**

Kristensen H. (2000) Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 249-256.

MacGregor R. et al. (1994) Silent at school - elective mutism and abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 70, 540-541.

## **Глава 16 РАССТРОЙСТВА ПРИВЯЗАННОСТИ**

Образцы привязанности детей к своим родителям и другим воспитателям имеют огромное значение для развития, так как качества этих избирательных привязанностей предсказывают последующее развитие. Как обсуждается в главе 28, дети с образцом ненадежной привязанности во многих сферах психологического и социального развития имеют тенденцию преуспевать меньше, чем надежно привязанные дети. Образец ненадежной привязанности лучше всего рассматривать как фактор риска психосоциальной неприспособленности, а не как расстройство само по себе; многие ненадежно привязанные дети хорошо адаптированы к своей среде, и у них не возникает никаких психиатрических проблем. С другой стороны, небольшое количество детей проявляет чрезвычайно аномальный образец привязанности, приводящий к выраженному страданию или социальным нарушениям; можно полагать, что у этих детей имеется расстройство привязанности.

### **Разновидности расстройства привязанности**

И МКБ-10 и DSM-IV признают две разновидности расстройства привязанности:

- (1) ***Дезингибированное (расторможенное)***. Относительно хорошо определенная клиническая картина в МКБ-10 называется «расторможенным расстройством привязанности», а в DSM-IV – «реактивным расстройством привязанности расторможенного типа». Ребенок действительно ищет утешения, когда расстроен, но у него нет нормальной избирательности по отношению к людям, к которым он обращается. Социальные взаимодействия с незнакомыми людьми плохо модулированы: в младенчестве обычно цепляние, в раннем или среднем детстве – стремление привлечь внимание и неразборчиво дружелюбное поведение. В исследованиях накапливаются доказательства обоснованности расторможенного расстройства привязанности, которое обычно связано с неоднократной заменой воспитателя в первые годы жизни, в т.ч. частой заменой приемной семьи или же воспитанием в детском доме с высокой текучестью персонала.
- (2) ***Ингибиранное***. Эта плохо определенная клиническая картина в МКБ-10 называется «реактивным расстройством привязанности», а в DSM-IV – «реактивным расстройством привязанности, ингибирированный тип». Определение настолько неудовлетворительно, что оказалось почти невозможным проводить по этой теме стоящие исследования. Согласно клиническим описаниям, при ингибирированном расстройстве привязанности социальные взаимодействия ингибираны, амбивалентны или сверхбдительны. Так, ребенок может отвечать воспитателям смесью приближения, избегания и сопротивления утешению или может выказывать застывшую настороженность. Такие дети склонны быть несчастными, им недостает эмоциональной отзывчивости, и они могут агрессивно реагировать на страдание - свое собственное или другого человека. Ингибирированные расстройства привязанности обычно приписывают жестокому обращению в первые годы жизни, но эта связь не доказана, к тому же в прослеживающих исследованиях жестокого обращения с детьми симптомы расстройства привязанности обычно не выявляют.

### **Диагноз**

Согласно классификациям МКБ-10 и DSM-IV, имеют значение следующие диагностические критерии:

- (1) ***Тяжесть***. Дети не привязаны ни в каком осмысленном значении. У них нет прочных взаимоотношений с людьми, которые предоставляют им «надежную основу» и «безопасное прибежище».

- (2) **Устойчивость.** Серьезно испорченных взаимоотношений с одним конкретным родителем или другим воспитателем недостаточно. Проблемы привязанности должны проявляться с несколькими разными воспитателями.
- (3) **Страдание или недееспособность.** Расстройства привязанности вызывают у ребенка устойчивое страдание или социальную недееспособность - отчасти из-за недостатка нормальных взаимоотношений привязанности, а отчасти вследствие более широкого ряда сопутствующих социальных трудностей (например, из-за плохих взаимоотношений со сверстниками).
- (4) **Начало в возрасте до пяти лет.** Наряду с аутизмом, это одно из немногих психических расстройств, которые могут быть диагностированы у ребенка трех лет и младше.
- (5) **Не аутистическое.** Нарушенные социальные отношения ребенка нельзя отнести к расстройству аутистического спектра (см. главу 4). Существенные данные – отсутствие других аутистических нарушений, таких как ритуалистическое и повторяющееся поведение и трудности в общении. Кроме того, при взаимодействиях с нормальными взрослыми обычно проявляется некоторая способность к социальной взаимности и отзывчивости. Однако в крайних случаях социальный потенциал ребенка может быть незаметен до тех пор, пока он или она живет в неблагоприятных социальных обстоятельствах. Тогда реакция на более благоприятную воспитательную среду имеет диагностическое значение. Например, быстрое появление социальной отзывчивости и взаимности в приемной семье указывает на расстройство привязанности, а не на аутистическое расстройство.
- (6) **Умственный возраст более 10-12 месяцев.** У детей с тяжелой генерализованной недостаточной обучаемостью избирательные привязанности могут отсутствовать просто потому, что эти дети еще не достигли умственного возраста, когда они в норме появляются. Это не является основанием для дополнительного диагноза расстройства привязанности.
- (7) **Патогенное попечение.** Согласно критериям DSM-IV, требуется аномальная воспитательная ситуация, представляющая либо неоднократную замену основного воспитателя, что препятствует образованию стабильных привязанностей, либо устойчивое пренебрежение основными эмоциональными или физическими потребностями ребенка. МКБ-10 также разъясняет, что расстройство привязанности обычно связано с патогенным попечением, но не ставит это диагностическим требованием. Это позволяет устанавливать диагноз у межгосударственно усыновленных детей, которые соответствуют всем остальным критериям, но об истории их воспитания мало что известно.

### **Дифференциальный диагноз**

Расторможенность и неразборчивое дружелюбие можно также видеть при тяжелых гиперактивных расстройствах (СДВГ, гиперкинез), мании и после повреждения любой доли, например вследствие тяжелой закрытой травмы головы. Торможение можно также видеть при социальной фобии и застенчивости, и хотя обычно заметно, что застенчивые и социально тревожные дети привязаны к своим родителям; при наличии тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости это может быть трудно установить.

### **Расстройства привязанности vs. ненадежная привязанность**

Привязанность была одной из ключевых тем в исследованиях развития на протяжении десятилетий, так что о надежной и ненадежной привязанности написано очень много (см. главу 28). Чем расстройства привязанности отличаются от ненадежной привязанности? Во-первых, различительно отличаются частоты: примерно 40% детей классифицируются как ненадежно привязан-

ные, тогда как расстройства привязанности обнаруживаются редко. Во-вторых, ребенок может быть ненадежно привязан к одному ключевому воспитателю (например, к матери), но не к другим (например, к отцу), тогда как расстройства привязанности представляют проблемы распространяющиеся и тяжелые. В-третьих, ненадежная привязанность не обязательно приводит к страданию или социальным нарушениям, тогда как расстройство привязанности - приводит. И, наконец, характерные симптомы расстройства привязанности (особенно расторможенного расстройства привязанности) не соответствуют ни одному из признанных подтипов ненадежной привязанности, в т.ч. и ненадежной дезорганизованной привязанности типа D.

## **Оценка ребенка**

Проводя оценку ребенка, у которого может быть расстройство привязанности, недостаточно провести одну из стандартных оценок надежности привязанности, например процедуру Эйнсорт «Незнакомая ситуация» (см. главу 28), которая, во всяком случае, надежна только до двух лет. Важно тщательно собрать историю болезни у нескольких информантов и понаблюдать ребенка в разных обстоятельствах. Основное внимание направлено на разные аспекты привязанности.

- (1) **Безопасное прибежище?** У ребенка есть люди, к которым можно обратиться в тяжелую минуту, чтобы получить утешение и вновь обрести доверие? Дети с расстройством привязанности могут не искать утешения, быть амбивалентными, или могут искать утешения необычными способами, например подходя к воспитателю задним ходом, а не приближаясь, смотря прямо в глаза.
- (2) **Надежная основа?** Ребенок может отважиться выйти исследовать мир, возвращаясь к фигуре привязанности, когда это необходимо для безопасности? Ребенок с расстройством привязанности может быть чрезмерно заторможен по поводу исследования, а может быть расторможенным исследователем без должного внимания к своей собственной безопасности.
- (3) **Связь любви?** Ребенок с расстройством привязанности может выраживать отсутствие любви или неразборчивую любовь.
- (4) **Избирательность?** Ребенок использует явно незнакомых взрослых в качестве фигур привязанности, обращаясь к ним за утешением, цепляясь за них или показывая им неуместную любовь?
- (5) **Обращение ролей?** Ребенок ведет себя как воспитатель по отношению к ключевым взрослым или чрезмерно их контролирует?

При полной оценке, кроме того, требуется установить, в каком возрасте начались проблемы, а также тип и качество воспитания в настоящее время и в прошлом. Нужно также принять во внимание более широкие социальные нарушения. Например, насколько хорошо ребенок контактирует с другими детьми? Он (или она) склонен игнорировать или атаковать других детей, когда расстроен? Также совершенно необходимо искать признаки аутистических нарушений и тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости. Это возможные дифференциальные диагнозы, которые необходимо исключить, чтобы соблюдались диагностические критерии расстройства привязанности. Возможно, нужно также принять во внимание гиперкинез или травму мозга как альтернативное объяснение чрезмерной фамильярности со взрослыми, расторможенного исследования и плохих взаимоотношений со сверстниками. Тем не менее, ни гиперкинез, ни травма мозга не могут объяснять неспособность искать утешение у фигуры привязанности при страдании.

## **Оценка полученного воспитания**

Необходимо тщательно собрать историю болезни, начиная с рождения. Следует сосредоточиться на постоянстве главных воспитателей в сравнении с числом замен, и на качестве предоставляемого воспитания, включая тепло, эмоциональную доступность, а также враждебность и жестокое обращение. Следует тщательно расспросить информантов, которые хорошо знают ребенка. Помимо непосредственных воспитателей это могут быть патронажные сестры и родственники. Следует провести прямое наблюдение взаимодействия между ребенком и его (или ее) нынешним воспитателем на предмет нечуткого и несоответствующего реагирования и необычного поведения ребенка.

## **Течение и прогноз**

Естественную историю расстройств привязанности еще надо формально изучить. Тем не менее, можно сделать некоторые предварительные выводы из прослеживания детей, которые провели свои ранние годы в учреждениях или были ненадежно привязаны. В целом представляется, что ранние проблемы привязанности в наибольшей степени могут мешать дружеским и интимным отношениям; немного реже - приводить к поведенческим проблемам; и наименее вероятно затрагивать когнитивное развитие. Влияние ранних трудностей с привязанностью становится меньше, когда социальные обстоятельства детей изменяются к лучшему, например, когда их усыновляют в стабильную и заботливую семью, но оно не снимается полностью. Если со временем у них будут свои собственные дети, станут ли они, в свою очередь, пренебрегающими или жестокими родителями? Это может отчасти зависеть от их обстоятельств во взрослом возрасте, а отчасти – от того, насколько они примирились со своим прошлым: признавая, что были брошены своими воспитателями, смогли пройти это и двинуться дальше.

## **Ведение**

Главная цель ведения – улучшить воспитательную среду детей. Часто основной вклад специалистов по психическому здоровью детей – предоставить социальным службам и судам соответствующую консультацию по этому вопросу. Если ребенок в настоящее время подвергается плохому обращению и помочь нынешним воспитателям измениться, то потребуется альтернативное размещение. Если ребенок прошел череду краткосрочных размещений в приемные семьи или вырос в учреждении с постоянно меняющимся персоналом, то ему (или ей) нужно предоставить возможность образовать прочные привязанности – в идеале с постоянными приемными родителями или усыновителями. Вмешательства, основанные на привязанности, разработаны для лечения целого ряда тяжелых трудностей во взаимоотношениях, доказано, что они с умеренным успехом уменьшают формы ненадежной привязанности в младенчестве, но принесут ли эти подходы пользу детям с расстройствами привязанности - в настоящее время неясно.

## **Обзор по теме**

O'Connor T.G. (2002) Attachment disorders of infancy and childhood In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 776-792.

## **Дополнительное чтение**

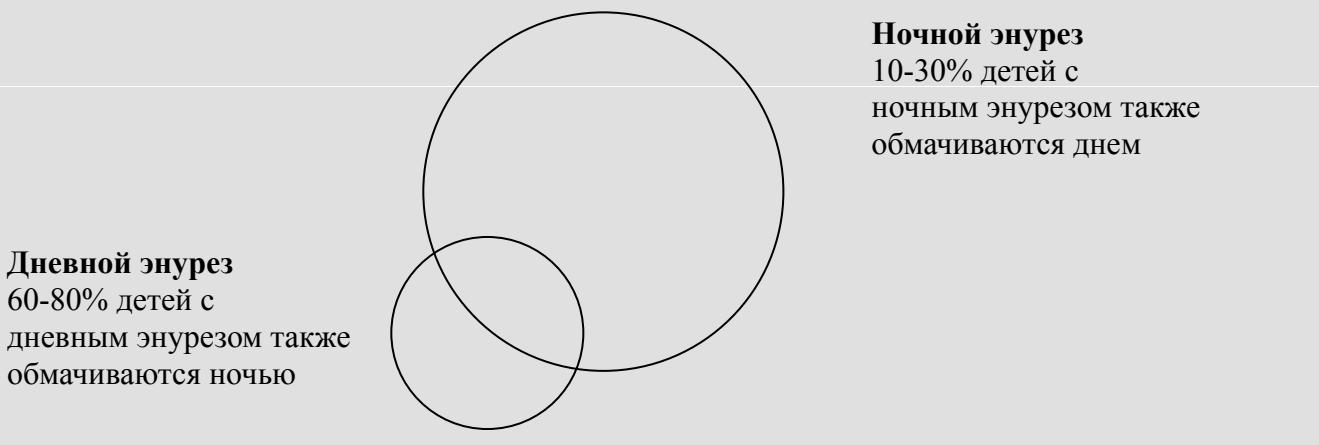
Attachment and Human Development (2003) Abingdon: Taylor, Francis. (3 выпуск 5 тома этого журнала – дополнительный выпуск по расстройствам привязанности.)

Zeanah C.H. (1996) Beyond insecurity: a reconceptualization of attachment disorders of infancy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 42-52.

## Глава 17 ЭНУРЕЗ

Несмотря на то, что энурез иногда считают психическим расстройством, и некоторые родители думают, что он обусловлен глубинными эмоциональными проблемами, чаще это проблема привычки или развития, а не психического здоровья. И хотя многих детей с энурезом до сих пор направляют к специалистам по психическому здоровью, которые знакомы с поведенческими подходами, не стоит забывать, что часто те же самые поведенческие подходы могут быть столь же эффективно применять и другие специалисты, например профессиональные патронажные сестры. Важно отличать *ночной энурез* (обмачивание постели) от *дневного* (обмачивания днем). Ночной и дневной энурез различаются в нескольких отношениях, и, по-видимому, экзаменационные вопросы часто построены так, чтобы завалить тех, кто их путает. Мальчики больше подвержены ночному энурезу, а девочки - дневному. Ночной энурез встречается чаще, чем дневной, и менее вероятно связан с инфекциями мочевых путей и психическими расстройствами (см. вставку 17.1).

### Вставка 17.1 Перекрывание и относительная распространенность ночных и дневных энурезов



### Первичный и вторичный

Когда у ребенка никогда не было нормального контроля над мочевым пузырем, говорят, что у него *первичный энурез*. В противоположность этому, когда ребенок приобретает контроль над мочевым пузырем, по меньшей мере, на шесть месяцев, а затем его снова утрачивает, говорят, что у него *вторичный энурез*. Такого рода рецидив чаще всего встречается в возрасте пять или шесть лет, и редко - после 11 лет. Первичный и вторичный энурез одинаково часто сопровождаются положительной историей заболевания в семье, но определенно различаются в других отношениях: при вторичном энурезе хуже прогноз, и, скорее всего, выше вероятность сопутствующего психического расстройства.

### Распространенность

В таблице 17.1 показана распространенность ночных энурезов в исследовании на острове Уайт. Появление преобладания мужского пола отражает два процесса:

- (1) Лица мужского пола медленнее достигают сухости (у них более медленное разрешение первичного энуреза).
- (2) У лиц мужского пола чаще возникают рецидивы (они больше подвержены вторичному энурезу).

**Таблица 17.1** Распространенность ночного энуреза, происходящего раз в неделю или чаще (Rutter *et al.*, 1970)

Возраст	Распространенность	Соотношение мужского:женского пола
5	13%	1:1
7	5%	1,4:1
9	2,5%	1,6:1
14	0,8%	1,8:1

После семи лет вторичный энурез встречается чаще, чем первичный.

Дневной энурез, происходящий, по меньшей мере, раз в неделю, поражает 2% пятилетних, во всех возрастах преобладает женский пол.

### **Ключи к этиологии: доказанные связи**

- (1) У 70% пораженных детей *семейная история заболевания*: по меньшей мере, у одного родственника первой степени – энурез. В исследованиях сцепления установлены возможные локусы предрасположенности. Вероятность семейной истории заболевания одинакова при первичном и вторичном энурезе, а также при сопутствующих психиатрических проблемах и без них.
- (2) Энурезу сопутствуют *инфекции мочевых путей* (ИМП), особенно у девочек. Так, среди пятилетних девочек бессимптомные ИМП имеются примерно у 1%, а при наличии энуреза - у 5%. Вероятность сопутствующих ИМП даже выше, если энурез дневной или особенно частый.
- (3) *Стрессирующие события жизни* в возрасте от трех до четырех лет сопровождаются удвоенным риском энуреза. Существенные события включают распад семьи, разлуку ребенка с матерью, по меньшей мере, на один месяц, переезд, рождение сиблинга, госпитализацию и несчастные случаи. Особенно связана с обмачиванием постели повторная госпитализация. Сексуальному насилию сопутствует вторичный энурез.
- (4) Энурезу сопутствует *социальное неблагополучие*: более низкий социально-экономический статус, теснота в доме, а также воспитание в учреждении.
- (5) *Другие проблемы развития*, включая задержку речи и моторики, среди детей с энурезом встречаются в два раза чаще, чем среди контрольных.
- (6) *Приучение к туалету*, начавшееся после 20 месяцев, сопровождается повышенной частотой энуреза в последующем. Помимо этого, роль специфических способов приучения к туалету неясна. Наверное, нежелательно жесткое приучение, поскольку оно причиняет ребенку больше огорчений, но нет никаких свидетельств о том, что оно чаще приводит к энурезу.
- (7) Некоторые дети с энурезом *ночью вырабатывают большие мочи*, чем контрольные, несмотря на нормальный уровень антидиуретического гормона; возможно, это указывает на ночную нечувствительность почек.

### **Три маловероятные причины**

- (1) Если в истории отсутствуют отчетливые сведения о других мочевых симптомах, таких как недержание в виде непрерывного подтекания или очень слабая струя, очень маловероятно, что энурез обусловлен *структурными аномалиями мочевых путей*, такими как стеноз или эктопический мочеточник. Функциональная способность мочевого пузыря может быть сни-

жена, но это обусловлено не меньшей растяжимостью мочевого пузыря, а тем, что легче ощущается позыв помочиться. Имеются некоторые данные о том, что у детей с энурезом задержано созревание шейки мочевого пузыря.

- (2) Ночной энурез – не проблема *глубокого сна*. Энурез может возникать на любой стадии сна. Дети с энурезом не спят необычно глубоко, полный мочевой пузырь может приводить к нормальному переходу от глубокого сна к легкому, и в некоторых случаях причиной энуреза может быть недостаточное пробуждение от легкого сна.
- (3) Несмотря на то, что эпилептический припадок может включать недержание мочи, нет никаких свидетельств о том, что обычный энурез является *эпилептическим эквивалентом*. У детей с энурезом аномальная ЭЭГ бывает не чаще, чем у других детей.

### **Связь с психиатрическими проблемами**

Связь между энурезом и психиатрическими проблемами отчетливо продемонстрирована в эпидемиологических выборках, так что эта связь – не просто артефакт, обусловленный тенденцией направления к врачу. Частота психических расстройств у детей с энурезом примерно в два – шесть раз выше, чем у контрольных, однако важно помнить, что более половины всех детей с энурезом психически нормальны. Психическое расстройство с большей вероятностью возникает у девочек, когда энурез дневной, а не ночной и когда имеются сопутствующие проблемы развития. Наверное, его вероятность больше, когда энурез вторичный, а не первичный. Оно не связано с частотой обмачивания, а также с наличием или отсутствием семейной истории заболевания. Психические расстройства у детей с энурезом не отличаются спецификой: как и в обычной детской психиатрической практике, у них преобладают поведенческие и эмоциональные расстройства. Связь между энурезом и психическим расстройством может отражать три вида причинных механизмов:

- (1) ***Психиатрические проблемы вызывают энурез***. Некоторые дети чаще мочатся в постель, когда тревожатся, например после того, как впервые пошли в школу. С другой стороны, некоторые дети с энурезом могут реже мочиться в постель, когда тревожатся, например, когда спят в чужой постели. В одном проспективном исследовании определено показано, что у детей с вторичным энурезом эмоциональные и поведенческие проблемы до возникновения энуреза встречались чаще, чем в контрольной группе.
- (2) ***Энурез вызывает психиатрические проблемы***. В нескольких исследованиях показано, что и естественная ремиссия, и успешное лечение энуреза сопровождаются снижением частоты психиатрических проблем. Тем не менее у детей, чей энурез разрешился, частота психиатрических проблем остается выше, чем у контрольных.
- (3) И энурез, и психиатрические проблемы возникают в результате ***действия третьего фактора***, например социального неблагополучия или проблем биологического развития. В целом это наиболее обоснованный причинный механизм, хотя для некоторых детей, вероятно, важны и два других.

### **Оценка**

Всегда необходимо собрать детальную историю обмачивания и всех других урологических симптомов, а также послать образец мочи на микроскопию и посев. При простом энурезе, не сопровождающемся какими-либо другими урологическими симптомами, нет необходимости в физическом осмотре и урологическом обследовании. Расспросите обо всех сопутствующих психиатрических проблемах, и не забудьте специально спросить о фекальном загрязнении. Важно

спросить о факторах, влияющих на выбор лечения. Что уже испробовала семья? Насколько ребенок стремится стать сухим? Стремятся ли родители участвовать в лечении, например вставать среди ночи, чтобы посмотреть, как ребенок меняет простыни и переустанавливает будильник от энуреза? Главная озабоченность – по поводу ночных, проводимых вне дома? Если так, то может быть все, что требуется – это временное подавление энуреза с помощью лекарственных препаратов.

## **Прогноз**

Плохие прогностические факторы при ночном энурезе - мужской пол, низкий социально-экономический статус, энурез вторичный, а не первичный, а также обмачивание постели каждую ночь, а не периодическое. Во время полового созревания у 2-5% детей все еще имеется энурез, однако на протяжении подросткового возраста продолжается самопроизвольное разрешение; и примерно у 1-3% взрослых имеется трудноизлечимый энурез.

## **Лечение**

Поскольку неосложненный энурез лучше всего рассматривать как расстройство развития, а не психическое расстройство, это вполне соответствует тому, что профессиональная помощь обычно приходит от патронажных сестер, врачей общей практики и педиатров, а не от специалистов по психическому здоровью детей. Какой бы ни был привлечен специалист, если ребенку меньше пяти или шести лет, часто бывает достаточно заверить родителей, что ночной энурез встречается часто и обычно проходит с возрастом. Меры здравого смысла: ограничить жидкость перед отходом ко сну и разбудить ребенка поздним вечером, чтобы сходить в туалет перед тем, как родители пойдут спать. Однако неясно, насколько полезны эти меры здравого смысла. Во всяком случае, перед тем, как решиться привести своего ребенка к специалисту за помощью, большинство родителей уже испробовали поднимание ребенка и ограничение жидкости, но безуспешно.

Доказана ценность и поведенческих, и фармакологических методов лечения энуреза. С точки зрения поведения важно, чтобы родители неумышленно не поощряли энурез и тем самым не подкрепляли бы его, например, позволяя ребенку спать с родителями, как только его собственная постель станет мокрой. Необходимо подчеркивать похвалой, вниманием и другими вознаграждениями сухие ночи, а не критикой и наказанием - мокрые. Часто бывает, что для излечения энуреза вполне достаточно в течение месяца держать настенную карту мокрых и сухих ночных, чтобы ребенок отмечал звездой каждую сухую ночь. Не доказана ценность обучения контролируемому удержанию, при котором ребенка обучают все дольше и дольше задерживать мочеиспускание.

Если энурез продолжается, и семья достаточно мотивирована, наиболее успешная поведенческая методика, приводящая к длительному излечению, – это *будильник от энуреза*. Мочеиспускание запускает звонок, который будит ребенка. В современных устройствах в пижаму или трусы помещается небольшая прокладка, а будильник ребенок носит в кармане или на ремешке на запястье. Ожидается, что когда будильник зазвонит, ребенок встанет, сходит в туалет и, если необходимо, сменит пижаму и простыни (с помощью родителя, если это нужно). Часто сообщают об излечении в 60-80%, при этом дети обычно достигают 14 последовательных сухих ночных на втором месяце лечения (хотя детям с тяжелой недостаточной обучаемостью может потребоваться до шести месяцев). Вероятность излечения не зависит от того, первичный энурез или вторичный, а также от наличия или отсутствия семейной истории заболевания. Эффективность лечения ниже при высоком уровне семейного стресса, когда ребенок обмачивается также и днем, имеет психическое расстройство и не озабочен энурезом. Примерно у трети детей, действительно ставших сухими при использовании будильника, впоследствии возникает рецидив, и они в течение года после прекращения лечения снова начинают довольно часто мочиться в постель. Есть некоторые данные о том, что частота рецидивов может быть значительно снижена с

помощью методики «сверхобучения»: как только ребенок научился быть ночью сухим, его поощряют к тому, чтобы перед сном пить большое количество жидкости, и продолжают пользоваться будильником от энуреза до тех пор, пока ребенок не станет «сухим», несмотря на нагрузку жидкостью.

Как действует будильник от энуреза, если говорить в поведенческих терминах? Здесь есть элементы классического обусловливания: звук звонка (безусловный стимул) приводит к пробуждению, и со временем желание помочиться (условный стимул) тоже приведет к пробуждению. Здесь также есть элементы инструментального обусловливания: звук звонка – это, в некоторой степени, неприятный стимул и ребенок обучается избегать его, не мочась в постель. И, наконец, теоретики социального обучения могли бы добавить, что применение звонка и прокладки помогает семье обратить внимание на сухие ночи и создать после них больше ажиотажа вокруг ребенка.

Если будильник от энуреза не действует, возможно, имеет смысл попробовать сочетание будильника от энуреза и десмопрессина (см. ниже); или переключиться на одно медикаментозное лечение, стремясь не к излечению, а к симптоматическому облегчению; или отступить примерно на год перед тем, как снова возобновить попытки. Другой возможный вариант для старших и сильно мотивированных детей – это тренинг сухой постели - интенсивная форма поведенческой терапии, включающая ежечасное бужение в первую ночь, прием большого количества жидкости и частые поведенческие репетиции надлежащего пользования туалетом. И хотя есть сообщения об успешности этой методики в некоторых случаях, не поддававшихся излечению другими методами, она не годится для младших и плохо мотивированных детей, которым это может показаться пыткой.

При лечении энуреза используют много лекарственных препаратов. В большинстве случаев первым выбором должен быть десмопрессин (DDAVP), синтетический аналог антидиуретического гормона, вероятно, наилучший резерв для детей семи лет и старше (но для детей до пяти лет он не годится). Медикаментозное лечение, как правило, совершенно безопасно, тем не менее, важно предупредить семью, что ребенку следует избегать приема больших количеств жидкости по вечерам, чтобы снизить небольшой риск водной интоксикации. Десмопрессин дают перед сном в таблетках или в виде назального спрея, примерно у 20% детей он прекращает обмачивание постели, а у многих других - снижает его частоту. Тем не менее в большинстве случаев, как только медикаментозное лечение прекращается, у ребенка возникает рецидив. Но, несмотря на эту обратимость, десмопрессин все же является ценным симптоматическим лечением, т.к. может дать ребенку возможность ходить в школьные походы и ночевать у друзей, не сталкиваясь с необходимостью смущаться мокрой постели. Кроме того, сочетание десмопрессина и будильника от энуреза может быть более успешным лечением, приводящим к большей долгосрочной частоте излечения, чем один будильник. Это особенно верно в отношении детей с тяжелым обмачиванием и с сопутствующими поведенческими и семейными проблемами.

Показано также, что при симптоматическом лечении ночного энуреза трициклические антидепрессанты в относительно малых дозах (например, 25-75 мг имипрамина перед сном) действуют лучше, чем плацебо. Эффект заметен в пределах первой недели и, по-видимому, не является следствием антидепрессивных и антихолинергических свойств трициклических препаратов, а также вызванных ими изменений сна. После двух-шести недель медикаментозного лечения может возникнуть толерантность, а при его отмене очень часто бывает немедленный или отсроченный рецидив. Поскольку трициклические препараты не более эффективны, чем десмопрессин, но значительно более токсичны при передозировке, в наше время их следует применять редко.

При дневном энурезе могут быть отчасти полезны антихолинергические препараты, такие как оксибутидин, но не показано, что при ночном энурезе они действуют лучше, чем плацебо. Хирургическое вмешательство неуместно.

У большинства детей с энурезом нет сопутствующих психиатрических проблем. Меньшей части детей, действительно имеющих сопутствующие эмоциональные и поведенческие проблемы, может потребоваться отдельная оценка и лечение этих проблем.

## **Обзор по теме**

---

Clayden G. et al. (2002) Wetting and soiling in childhood In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 793-809.

## **Дополнительное чтение**

---

Rutter M. et al. (1970) Education, Health and Behaviour. London: Longman.

Schulpen T.W.J. et al. (1996) Going Dutch in nocturnal enuresis. Acta Paediatrica, 85, 199-203. (Эта краткая статья подытоживает протокол всесторонней оценки и лечения, разработанный в Нидерландах.)

## Глава 18 ФЕКАЛЬНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ

В норме дети приобретают надежный контроль над кишечником к 3-4 годам, хотя и после этого у них могут время от времени все еще возникать несчастные случаи. Загрязнение более одного раза в месяц у детей в возрасте старше четырех лет, как правило, рассматривают как расстройство элиминации, хотя при генерализованной недостаточной обучаемости границей, вероятно, должен быть умственный, а не хронологический возраст четыре года. Загрязнение более одного раза в месяц встречается примерно у 5% четырехлетних детей, у семилетних снижается до 1-2%, у 11-летних - менее 1%. К 16 годам распространенность загрязнения практически равна нулю. В эпидемиологических и клинических выборках показано, что у мальчиков загрязнение встречается примерно в три раза чаще, чем у девочек.

Фекальное загрязнение можно разделить на пять типов:

- Запор с переполнением
- Неудачное приучение к туалету
- Фобия туалета
- Вызванная стрессом потеря контроля
- Провокационное загрязнение.

Каждый из них имеет специфическое значение для лечения. Термин энкопрез можно использовать по отношению ко всем типам фекального загрязнения или более узко - по отношению к выделению относительно нормального стула в несоответствующих местах, в т.ч. и на нижнее белье. На основании тщательной истории болезни и физического осмотра обычно можно установить тип (или типы) загрязнения и таким образом сформулировать соответствующий план ведения.

### **Типы загрязнения и их ведение**

Пять типов загрязнения не всегда возникают в изоляции. У детей, которых принимают в клинике, обычно бывают гибридные предъявления, демонстрирующие некоторые признаки загрязнения более чем одного типа. Общий план ведения таких детей должен воздействовать на каждую из этих различных компонент загрязнения. Если симптомы тяжелые или осложненные или если загрязнение не поддается стандартному лечению, важно участие и педиатров, и специалистов по психическому здоровью детей, поскольку (в отличие от энуреза) имеется высокая вероятность, что психологические проблемы либо способствуют загрязнению, либо являются его следствием.

### **Запор с переполнением**

Запор у детей может возникать по многим причинам. В некоторых случаях важна конституционная подверженность в сочетании с диетой с низким содержанием клетчатки. В других случаях эпизоду запора может положить начало намеренное удержание со стороны ребенка - возможно из-за того, что повреждение заднего прохода (например, трещина) делает дефекацию болезненной, а возможно из-за «борьбы характеров» по поводу приучения к туалету. Каков бы ни был первоначальный процесс, запор может стать самоподдерживающимся. Большой фекальной пробке трудно пройти, и ребенок, боясь последствий, может отступиться, способствуя дальнейшему удержанию. Кроме того, т.к. прямая кишка становится все более расширенной, может возникнуть «ректальная слабость» с потерей реакции на растяжение, в норме приводящей к ощущению наполненности и желанию испражняться. Со временем, жидкий или полужидкий кал может просачиваться через завалы и протекать.

Соответствующее ведение - разблокировать кишечник и восстановить нормальный порядок туалета. С самого начала необходимо разрядить тревогу и гнев ребенка и семьи, адекватно объяснив лежащую в основе физиологию. Больше всего способствует излечению спокойная семейная обстановка с надеждой на улучшение. Очищение кишечника возможно с помощью раздражающего слабительного, такого как сenna, в сочетании с размягчителем стула, таким как лактулоза; вначале могут понадобиться микроклизмы или фосфатные клизмы; промывание кишечника требуется исключительно редко. Чтобы вознаградить возвращение к нормальному распорядку туалета, используется звездная карта или сходная поведенческая программа. Слабительные как можно скорее заменяют диетой с высоким содержанием клетчатки.

### **Неудачное приучение к туалету**

Некоторые дети так и не обучились контролировать кишечник. По аналогии с первичным энурезом, это может быть названо первичным фекальным загрязнением. Первичное фекальное загрязнение иногда связано с неврологическими проблемами, задержками развития и генерализованной недостаточной обучаемостью, но может также отражать непоследовательное, нечуткое или пренебрегающее приучение к туалету, обычно в условиях множественного социального и семейного неблагополучия. Недостаточно оптимальное обучение может иметь особенно выраженное влияние, если ребенок подвергается хроническим психологическим стрессам в раннем возрасте, когда дети обычно приобретают контроль над кишечником. Как правило, уместна поведенческая терапия, основанная на тщательном ведении записей, реалистичных целях, звездных картах и соответствующих вознаграждениях. Часто самая трудная задача – это «продать» поведенческий комплекс семье и затем обеспечить, чтобы он правильно и систематически выполнялся.

### **Фобия туалета**

Некоторые дети боятся туалета, например боятся, что там живут чудовища или что рука протягивается и схватит их. Родители лишь иногда осведомлены об этих страхах, поэтому важно исследовать возможные тревоги посредством беседы, игры и рисования, в которых ребенок участвует самостоятельно. Затем можно помочь семье открыто: сочувственно и без насмешек обсудить страхи ребенка. Обращаясь к самим страхам, можно применить соответствующее ободрение и ступенчатое воздействие с вознаграждениями. Заstenчивые дети могут боятьсяходить в туалет в школе или просить у учителя разрешения сходить туалет во время урока. Дети, над которыми издеваются, могут правомерно бояться столкнуться с обидчиками в школьном туалете, когда никто не видит.

### **Вызванная стрессом потеря контроля**

Некоторые дети приобретают контроль над кишечником normally, но потом снова теряют его после значительного стресса, такого как травмирующая госпитализация, выраженный семейный разлад или распад семьи, или эпизод сексуального насилия. Если с ребенком обращаются сочувственно, контроль над кишечником обычно быстро восстанавливается как только снижается стресс. Поэтому основной акцент при ведении должен быть на том, чтобы уменьшить стресс и сделать так, чтобы ребенок снова почувствовал себя в безопасности.

### **Провокационное загрязнение**

Картина загрязнения у некоторых детей, кажется, предназначена для того, чтобы досаждать окружающим. Они, например, могут намеренно испражняться в ванну или на мебель или же могут размазывать кал по стенам и впоследствии отказываются нести ответственность за эти действия. Такая скрытая агрессия часто проявляется и в других аспектах взаимоотношений этих де-

тей с родителями и сиблингами. На самом деле провокационное загрязнение обычно является сигналом множества проблем у самого ребенка и в семье. У ребенка обычно бывают сопутствующие эмоциональные и поведенческие проблемы, а семья в целом часто в высшей степени дисфункциональная и не способна удовлетворить самые основные социальные и эмоциональные потребности ребенка. Таким детям и семьям нужна помочь на многих фронтах, часто от социальных служб и образования, а также и от специалистов по психическому здоровью детей.

### **Прогноз загрязнения**

Какой бы ни был вовлечен тип загрязнения, устойчивость, вплоть до взрослого возраста, встречается чрезвычайно редко. Когда загрязнение – единственная проблема, разрешение, как правило, происходит быстрее. Прогноз хуже при существующей гиперактивности или если загрязнение происходит ночью. Хроническое течение представляется особенно вероятным при недостаточном согласии с лечением и когда загрязнение сопровождается другими проблемами: поведения, развития, учебными, семейными и социальными.

### **Сопутствующие психические расстройства**

Во многих исследованиях показано, что у значимого меньшинства пачкающихся детей имеется к тому же и психическое расстройство (одно или несколько); например в репрезентативной национальной Британской выборке 1999 г. обнаружено, что частота психических расстройств среди пачкающихся детей - более 30%. Чем можно объяснить столь сильную связь? Логически имеется три возможности. Во-первых, психические расстройства могут привести к загрязнению, однако в исследованиях с прослеживанием доказательств этому не получено. Во-вторых, загрязнение может приводить к психическому расстройству, т.к. ребенка могут критиковать и дразнить родители, учителя и сверстники. В-третьих, загрязнение и психические расстройства могут возникать совместно вследствие общих факторов риска, таких как пренебрежение, насилие, незрелость развития или неврологическое расстройство.

### **Обзор по теме**

Clayden G. et al. (2002) Wetting and soiling in childhood In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 793-809.

### **Дополнительное чтение**

Buchanan A. in collaboration with Clayden G. (1992) Children Who Soil: Assessment and Treatment. Wiley, Chichester.

## Глава 19 РАССТРОЙСТВА СНА

Проблемы со сном имеют значение для специалистов по психическому здоровью детей из-за сложных взаимоотношений между расстройствами сна и психическими расстройствами:

- Психические расстройства могут вызывать проблемы со сном. Например, при тревожных и депрессивных расстройствах часто бывают трудности при засыпании и с поддержанием сна, тогда как заметным признаком посттравматического стрессового расстройства могут быть ночные кошмары.
- И, напротив, расстройства сна могут вызывать, копировать, или усиливать психические расстройства. Например, у 6-летнего ребенка лишение сна может приводить к чрезмерной активности, плохой концентрации внимания, импульсивности и раздражительности, т.е. к признакам гиперактивности и поведенческих расстройств.
- Может быть трудно провести различие между расстройствами сна и психическими расстройствами, например ночные панические атаки могут быть ошибочно приняты за ночные кошмары или ночные ужасы и наоборот.
- Проблемы со сном могут быть вызваны психотропными препаратами (или их отменой), например трудности при засыпании во время приема метилфенидата или ночные кошмары вслед за резкой отменой антидепрессантов.
- И к проблемам со сном, и к психиатрическим трудностям ребенка может предрасполагать единый фактор риска. Например, у детей, растущих в хаотичном доме, без порядков и систематически проводимых в жизнь правил, с большей вероятностью развиваются и поведенческие проблемы, и трудности в получении регулярного ночного сна.

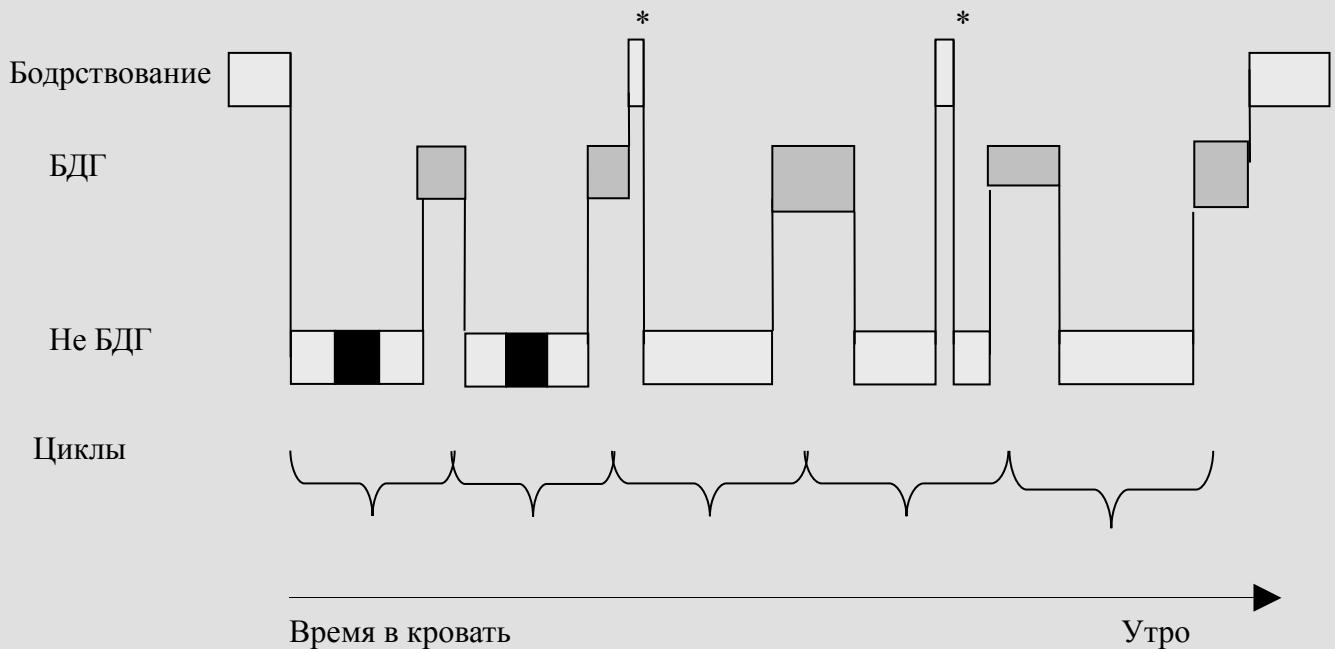
### Нормальный сон

Структура нормального ночного сна схематично представлена во вставке 19.1 наряду с сопутствующими примечаниями. Дневная сонливость обычно достигает пика после полудня; ожидания по поводу того, когда (если вообще) детям следует перестать спать днем (в сиесту) различаются в различных культурах. Гормон шишковидной железы мелатонин помогает координировать цикл сна-бодрствования с 24-часовым циклом темноты-света. Хорошая или плохая «гигиена сна» изменяет риск проблем со сном - точно так же, как хорошая или плохая гигиена изменяет риск инфекционных заболеваний. Во вставке 19.2 перечислены некоторые ключевые составляющие хорошей гигиены сна.

### Эпидемиология проблем со сном

Очень тяжелые расстройства сна редки, например нарколепсия поражает примерно 1 из 10000 детей, а некоторая степень обструктивного апноэ во сне поражает 2% детей. Менее тяжелые проблемы со сном встречаются гораздо чаще, например, примерно у четверти дошкольников значительные проблемы с засыпанием или поддержанием сна, и почти у 15% тинейджеров - неустойчивый или отсроченный цикл сна-бодрствования. Проблемы со сном особенно распространены среди детей с генерализованной недостаточной обучаемостью, а также сопутствуют физическим ограничениям (таким как церебральный паралич), сенсорным нарушениям (таким как слепота), психическим расстройствам (таким как генерализованная тревога) и соматическим расстройствам, которые обостряются ночью (таким как астма) или вызывают дискомфорт в ночное время (например, зуд вследствие экземы).

## Вставка 19.1 Структура сна



### Примечание

- БДГ<sup>13</sup> = Быстрые движения глаз: стадия сна, когда возникает большая часть сновидений, и мышечный тонус наиболее низок. Составляет примерно 25% сна и чаще всего встречается к концу ночи.
- Не-БДГ: самый глубокий не-БДГ-сон (стадии 3 и 4, показаны черным) по большей части возникает в первые два цикла.
- Краткие пробуждения в любом возрасте нормальны, и могут наступать либо из БДГ, либо из легкого не-БДГ (на диаграмме показаны \*).
- Засыпание после раннего младенчества – это переход к не-БДГ сну.
- Циклы сна в детстве делятся около 50-60 минут и возрастают до 90-100 минут у подростков и взрослых.
- Общее количество сна уменьшается от 12 часов в день в среднем у 4-летних до 8 часов в день в среднем в позднем подростковом возрасте.

## Предъявление

Проблемы со сном обычно присутствуют в виде одного (или нескольких) из трех образований:

- Проблемы с засыпанием или поддержанием сна
- Чрезмерная дневная сонливость
- Эпизодические нарушения ночью, такие какочные кошмары иочные ужасы

Это предъявления, а не диагнозы. Для постановки диагноза требуется детальная клиническая история болезни, могут также потребоваться специальные исследования, такие как полисомнография с одновременной записью активности мозга (ЭЭГ), мышечных движений и движений глаз во время сна.

## **Вставка 19.2 Хорошая гигиена сна**

### **Днем**

- Избегайте дремать, особенно поздно днем
- Регулярно упражняйтесь (но не перед сном)
- Справьтесь с беспокойствами и постройте планы на следующий день (чтобы не оставлять все это на время сна)
- Ограничите напитки, содержащие кофеин (кофе, кола), особенно поздно днем
- Табак, алкоголь и наркотики также могут нарушать сон и могут применяться подростками без ведома родителей

### **Подходит время сна**

- Заканчивайте любую домашнюю работу задолго до времени сна
- Постепенное расслабление без избыточной стимуляции
- Избегайте поздно вечером обильной еды

### **Выбор времени сна**

- Продолжительность времени от укладывания в кровать до подъема должна обеспечивать достаточно сон для ребенка данного возраста и конституции
- Если детей отправляют в кровать слишком рано, они приучаются связывать лежание в кровати не со сном, а с бодрствованием

### **Пойти в кровать**

- Примерно в одно и то же время
- Достаточно уставши, чтобы относительно быстро заснуть
- Без неоднократных вставаний с кровати
- С успокаивающим привычным порядком, например слушать сказку или запись; избегать в кровати пугающих историй или возбуждающих телепрограмм
- Постепенный отказ от необходимости присутствовать родителю создает детям возможность заснуть (и снова засыпать) самостоятельно

### **Спальня**

- Удобная кровать
- Температура, свет и шум контролируются
- Не слишком возбуждающая, но и не неприятная

### **Подъем**

- Примерно в одно и то же время (долгое лежание может переустановить цикл сна-бодрствования)
- Не поощряйте слишком раннее вставание, например снабжая прекрасными видео

## **Специфические типы нарушений сна**

Проблемы со сном, имеющие наибольшее значение для детских психиатров - практиков:

**Трудности при засыпании или с поддержанием сна.** Это наиболее распространенная проблема сна от младенчества до старости особенно среди дошкольников. Обычно эту проблему можно успешно решить, улучшая гигиену сна (см. вставку 19.2) и постепенно отменяя вознаграждения за то, чтобы не спать. Когда детям требуется родительское внимание, чтобы после пробуждения среди ночи снова уснуть, часто это бывает потому, что они не *обучились навыку* засыпать самостоятельно. Простейший способ обучить их этому навыку - упражняться перед сном. Если родители во время отхода ко сну постепенно исчезают (например, покидая спальню перед тем, как ребенок заснет), дети учатся засыпать самостоятельно и потом обычно могут делать это и среди ночи. Иногда детям не дают спать страхи и беспокойства, которые необходимо преодолеть сами по себе (см. главу 9).

**Расстройство суточного цикла сна-бодрствования.** Когда вы перемещаетесь из Новосибирска в Лондон или обратно, переводятся ваши телесные часы и цикл сна-бодрствования. Представьте, что может случиться, если ваш цикл сна-бодрствования не переведется. Сибиряк в Лондоне всегда засыпал бы раньше всех, а затем смехоторно рано просыпался (синдром опережения фазы сна). И, напротив, лондонец в Новосибирске, вставал бы каждый день очень поздно и не засыпал бы до раннего утра (синдром задержки фазы сна). Именно такого рода проблема с «застrevанием в неправильной временной зоне» и возникает у некоторых детей, а чаще – у подростков. Синдром опережения фазы сна относительно редок и обычно обусловлен тем, что родители слишком рано укладывают детей в постель, в результате они привыкают слишком рано просыпаться и мешают остальному семейству.

Синдром задержки фазы сна встречается гораздо чаще, особенно у подростков. Они сидят до поздна (телефизор, домашние задания, компании), а потом спят допоздна всякий раз, когда могут. Их трудно поднять в школу, и часто главная жалоба - ухудшение школьных показателей (и поведения) вследствие дневной сонливости. Стоит фазе сна сместиться, лечь пораньше больше не помогает, а лишь обрекает подростка на то, чтобы лежать часами без сна перед тем, как ранним утром, наконец, уснуть «как обычно». При терпении, усилии и мотивации перестроить фазу сна возможно, но некоторые подростки не стремятся измениться. Когда фаза сна задержана только на 2 или 3 часа, можно позволить подростку несколько дней спать допоздна, а затем сдвигать время подъема - примерно на 15 минут раньше каждый день; время отхода ко сну, естественно, тоже сдвинется на более раннее. Когда фаза сна задержана на 3-4 часа или больше, обычно лучше сдвинуть ее еще позднее, чтобы подросток каждую ночь бодрствовал дополнительно 2 или 3 часа до тех пор, пока не восстановится нормальная фаза: например, за неделю сдвинуться вперед на 18 часов, вместо того, чтобы пытаться сдвинуться на 6 часов назад. Сдвинуться помогает яркое освещение во время бодрствования и темнота во время сна. И совершенно необходимы высокий уровень мотивации родителей и их большой вклад.

**Обструктивное апноэ во сне.** Во время сна снижается мышечный тонус верхних дыхательных путей, поэтому если дыхательные пути уже частично заблокированы, сон может приводить к недостаточной вентиляции. Большая часть взрослых с этим заболеванием тучные, но это справедливо только примерно для 20% пораженных детей. Самая распространенная причина в детстве – это увеличение миндалин и аденоидов. Дети с синдромом Дауна также подвержены высокому риску.

Бывает хронический громкий храп, и родители могут заметить периодическую обструкцию - повторные приступы, когда ребенок прекращает дышать или задыхается. Ребенок может просыпаться расстроенным после обструктивных приступов, а могут быть незамеченные родителями частые кратковременные возбуждения, нарушающие качество сна. Даже когда ребенок спит нормальное количество часов, плохое качество сна может приводить к дневной сонливости (или к гиперактивности, плохой концентрации внимания, импульсивности и раздражительности). Варианты лечения представляют хирургическое удаление увеличенных миндалин и аденоидов,

или потерю веса при тучности. У взрослых с обструктивным апноэ во сне иногда используют трициклические препараты, но они не проявили эффективности у детей.

**Ночные ужасы, снохождение и спутанность при возбуждении** – все включают частичное возбуждение (без пробуждения) из глубокого не-БДГ-сна<sup>13</sup>. Поэтому они чаще всего возникают в первые часы сна, когда сконцентрирован глубокий не-БДГ (см. вставку 19.1). Они могут возникать чаще обычного, когда ребенок живет с тревогой, например после взлома дома.

*Спутанность при возбуждении*<sup>14</sup> часто встречается среди младенцев и ходунков-ползунков: ребенок плачет, кричит или мечется и не реагирует, когда с ним говорят. Если его оставить одного, ребенок примерно через 5-15 минут успокаивается и снова тихо засыпает. Попытка разбудить ребенка, как правило, увеличивает ажитацию и продлевает приступ.

*Снохождение* у детей встречается с частотой до 17%, пик приходится на возраст 4-8 лет. Ребенок блуждает с широко раскрытыми глазами и остекленевшим взглядом до 10 минут или около того, а затем может вернуться в постель или заснуть в другом месте. Может возникать мочеиспускание в несоответствующих местах. Значителен риск травмы, например падения с лестницы. Необходимо сделать окружающую среду как можно более безопасной. Попытка удержать или разбудить ребенка, как правило, ухудшает дело.

*Ночные ужасы* поражают примерно 3% детей, главным образом в возрастном диапазоне 6-12 лет. Родители просыпаются от внезапного вопля и обнаруживают, что ребенок выглядит испуганным: потный, с учащенным пульсом, широко раскрытыми глазами, кричит или плачет. Ребенок может вылезти из постели и носиться повсюду в ажитированном состоянии (возможно, получая травмы). После всего лишь нескольких минут ребенок снова тихо засыпает и часто утром ничего не помнит о приступе. Если детям случается проснуться после приступа, они могут описать интенсивное, но неспецифическое ощущение опасности, но они не описывают ничего вроде проработанного сюжета типичного ночного кошмара. Основные дифференциальные диагнозы -очные кошмары (с яркими воспоминаниями и возникающие по большей части во второй половине ночи) и некоторые видыочных припадков.

Когдаочные ужасы (или снохождение или спутанность при возбуждении) возникают часто и в определенное время, иногда их можно предотвратить «пробуждениями по расписанию». Это означает: нежно будить ребенка за 15-30 минут перед тем, как должны произойти приступы, а затем позволять ему снова быстро уснуть. Если пробуждения по расписанию не помогают, и если возбуждения подвергают ребенка опасности, следует подумать о медикаментозном лечении. Могут быть эффективны бензодиазепины, но их следует назначать только краткосрочно и под наблюдением специалиста.

**Ночные кошмары** встречаются очень часто и возникают из БДГ сна. Ребенок просыпается испуганный и настороженный и помнит очень ясно все, что происходило во сне. Нужно некоторое время, чтобы страх настолько прошел, чтобы ребенок снова уснул. Ночные кошмары с большей вероятностью возникают, если ребенок испытал стресс или болен. Посттравматическое стрессовое расстройство часто приводит к выраженным ночным кошмарам, относящимся к травме. БДГ-сон подавляют алкоголь и многие лекарственные средства (большая часть антидепрессантов, бензодиазепинов, стимуляторов). И резкая отмена любого вещества, подавляющего БДГ, может приводить к ночным кошмарам вследствие эффекта БДГ-отдачи.

**Расстройство ритмических движений** включает удары головой, катание головы или раскачивание телом в начале сна, а иногда и в течениеочных пробуждений или в конце сна. Приступы могут длиться до 15 минут и дольше. Часто встречается в младенчестве и почти всегда заканчивается к 3 или 4 годам. Тогда как удары головой во время бодрствования часто связаны с тяжелыми трудностями при обучении или психиатрическими проблемами, удары головой во время сна, как правило, доброкачественны. Все, что требуется в большинстве случаев - ободрение родителей и обивка стенок детской кроватки.

**Нарколепсия и связанные симптомы.** Нарколепсия имеется примерно у 1 из 2000 взрослых, причем примерно у трети первые симптомы появляются в подростковом возрасте и даже в детстве (у 5% - до 5 лет). Симптомы включают элементы БДГ сна, внедряющиеся в бодрствование:

- (1) Приступы сна – внезапное начало сна, даже во время таких занятий, как еда.
- (2) Катаплексия – внезапная потеря мышечного тонуса, приводящая к тому, что ребенок, не теряя сознания, оседает. Часто бывает спровоцирована сильной эмоцией, такой как гнев или изумление.
- (3) Сонный паралич – потеря способности двигаться или говорить во время бодрствования, либо сразу перед засыпанием или сразу после пробуждения.
- (4) Галлюцинации при засыпании (гипнагогические галлюцинации) или при пробуждении (гипнопомпические галлюцинации). Это действительно сны наяву<sup>15</sup>.

При совместном возникновении эти четыре симптома составляют классическую тетраду нарколепсии. Еще чаще бывает, что один из этих симптомов возникает сам по себе или в сочетании только с одним или двумя другими. При приступах сна часто полезен метилфенидат (в сочетании с хорошей гигиеной сна и плановым дневным сном), тогда как трициклические антидепрессанты могут уменьшить или предотвратить катаплексию. При параличе сна и галлюцинациях также могут помочь трициклические препараты, хотя часто достаточно ободрения.

**Синдром Клейне – Левина (Kleine-Levin)** встречается редко. Обычно поражает подростков мужского пола; включает приступы избыточного сна, переедание и сексуально расторможенное поведение, иногда это сопровождается расстройством настроения, беспокойностью и причудливым поведением. Эпизоды могут длиться часами, днями или неделями и повторяться каждые несколько недель или месяцев. Предполагались гипоталамические аномалии, но они не доказаны. Можно заверить подростков, родителей и учителей, что это признанное заболевание, и оно не является умышленным или психотическим. Рецидивы могут быть уменьшены трициклическими препаратами или литием.

## **Медикаментозное лечение**

Основное лечение расстройств сна в детском и подростковом возрасте - обучение, ободрение и совет как с ними справляться. Имеются некоторые показания и для медикаментозного лечения, как описано выше. Однако важно подчеркнуть, что снотворные следует применять редко. Они дают краткосрочный эффект при обычных проблемах с засыпанием или поддержанием сна, но в долгосрочной перспективе гораздо менее эффективны (а потенциально и более опасны), чем психологические подходы. Применять бензодиазепины более недели или двух, как правило, ошибочно, поскольку они теряют эффективность, вызывают зависимость и часто приводят к ухудшению проблем со сном, когда их, наконец, прекращают принимать, вследствие эффекта «отдачи». Был значительный интерес к применению мелатонина: это не панацея, но, вероятно, он действительно полезен, хотя и ограниченно, при лечении расстройств суточного ритма у некоторых детей с тяжелой генерализованной недостаточной обучаемостью.

## **Дополнительное чтение**

Stores G. (2001) *A clinical guide to sleep disorders in children and adolescents*. Cambridge University Press, Cambridge.

## Глава 20 ПСИХОСОМАТИКА

В наше время часто сокрушаются о том, что разум как совершенно особая сущность отделяется от тела, и считают, что начало этому положено дуализмом Декарта в 17 веке. На самом деле в 4 веке до Р.Х. Платон сказал: «Величайшая ошибка наших дней – что врачи отделяют разум от тела».

В наше время большинство педиатров и детских психиатров признают необходимость целостного подхода, осознавая, что у соматических расстройств, описанных в учебниках по педиатрии, имеются психологические аспекты, точно так же, как у психологических расстройств, описанных в этой книге, имеются соматические аспекты. Педиатрии больше не следует быть неразумной, а детской психиатрии – бесплодной!

Список всех расстройств, затрагивающих и тело, и разум, потенциально включает всю медицину целиком. В некоторых случаях направление влияния главным образом *соматопсихическое*, при этом соматические предшественники приводят к психологическим последствиям. В других случаях направление влияния главным образом от психологических предшественников к соматическим последствиям, – именно это большинство людей подразумевают под *психосоматическим*. Категориальное разделение заболеваний на являющиеся и не являющиеся психосоматическими неизбежно должно быть произвольным, что вполне предсказуемо приводит к пограничным конфликтам. Например, в случае астмы, хотя и ясно, что психологический стресс может вызывать или усиливать приступы свистящего дыхания у некоторых предрасположенных детей, многие люди возразили бы против того, чтобы называть астму психосоматическим расстройством, поскольку стресс – лишь один из многих кристаллизаторов. Больше людей согласились бы, что головные боли и боли в животе у детей часто бывают психосоматическими состояниями, однако это может отчасти отражать наше нынешнее незнание соматических предрасполагающих и кристаллизующих факторов. Вероятно, лучше всего говорить о *психосоматическом подходе*, который потенциально имеет некоторое значение при любом заболевании.

В этой главе общее введение в психосоматический подход сопровождается разделами о трех показательных расстройствах: рецидивирующие боли в животе, синдром хронической усталости и конверсионное расстройство. Соматопсихическим связям посвящена глава 25, в которой описаны распространенные психологические осложнения мозговых нарушений в детском возрасте.

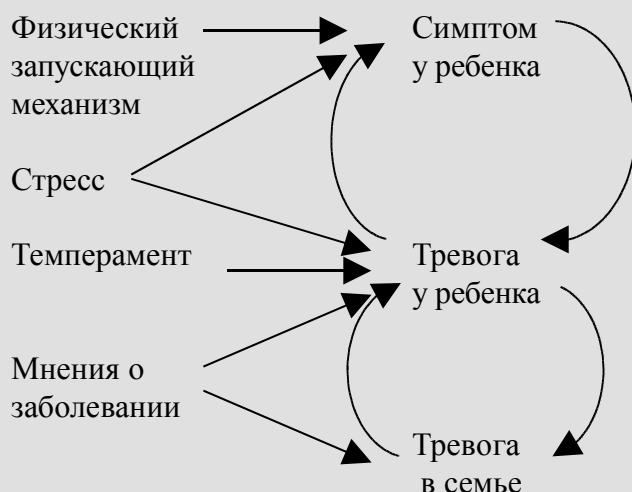
### **НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ**

#### **Стресс и тревога могут вызывать и усиливать соматические симптомы**

Большинство читателей узнают из личного опыта или из непосредственных наблюдений, что стресс может вызывать множество соматических симптомов, в т.ч. головную боль, тошноту, боли в животе, диарею и частое мочеиспускание. Также общеизвестно, что тревожная сосредоточенность на симптоме часто приводит к тому, что он кажется хуже, в результате тревога возрастает, фиксация на симптоме становится еще больше и т.д. Кроме того, тревога и страдание ребенка могут привести к тому, что родители почувствуют себя беспомощными и будут охвачены паникой. Если родители не смогут скрыть это, тревога ребенка будет подпитываться. Во вставке 20.1 показаны эти порочные круги и некоторые факторы, их модерирующие и запускающие. Ключевую роль играют мнения семьи о заболевании. Люди различаются по тому, насколько «нормализующие» или «патологизирующие» атрибуции они делают о причинах соматических симптомов. Нормализующие атрибуции связывают симптомы со средовыми или психологическими факторами, например, «У меня болит голова, потому что у меня большая нагрузка и вчера вечером я слишком поздно лег спать», тогда как патологизирующие атрибуции сосредоточены на органических или патологических причинах, например, «Возможно, это опухоль мозга». Нормализующие атрибуции ободряют и могут предотвратить вступление на пороч-

ные круги, связанные с тревогой. Баланс нормализующих и патологизирующих атрибуций в пределах любой семьи меняется со временем и соответственно природе симптома. Например, стрессы в семье могут подорвать нормализующие атрибуции, а если от опухоли мозга недавно умер друг или родственник, это может сенсибилизировать родителей и детей к возможным органическим причинам головной боли. Во многих случаях круги, связанные с тревогой, могут быть прерваны ободрением врача, которому доверяют и который провел адекватное обследование. Однако иногда врачи бывают сами втянуты в порочные круги паники и патологизации, а все большее количество специальных исследований и дополнительных заключений укрепляет семью во мнении, что здесь должно быть что-нибудь серьезное, о чем стоит беспокоиться.

#### **Вставка 20.1 Нарастание тревоги и соматических симптомов.**



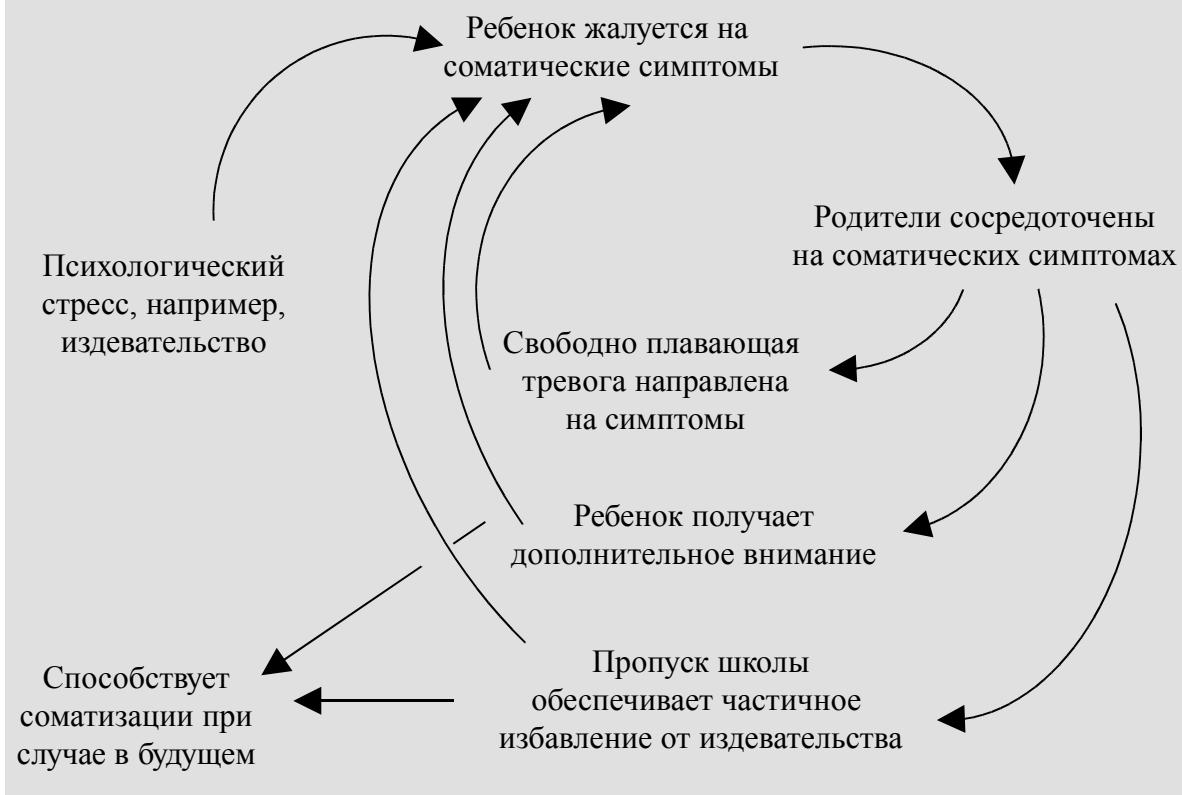
#### **Соматические симптомы иногда могут быть «маской»**

Страдание, причиненное психологическими или социальными факторами, иногда может быть перенесено на соматический симптом. Особенно очевидную разновидность этого можно часто наблюдать у маленьких детей. Так, ребенок может сдержать слезы после ссоры с другом, а потом безутешно плакать после легкого падения немного позже. Получение облегчения и сочувствия путем сосредоточения на «приемлемом» соматическом симптоме, таком как физическая боль, может иметь нежелательное долгосрочное воздействие, обучая ребенка и в будущем соматизировать психологическое страдание (вставка 20.2). Чуткое воспитание может помочь детям научиться раскрывать свое психологическое страдание, и им не понадобится маскировать его соматическими симптомами (вставка 20.3). Однако есть также опасность, что и родители и специалисты впадут в другую крайность и могут переусердствовать в психологическом расследовании и психологизации соматических симптомов.

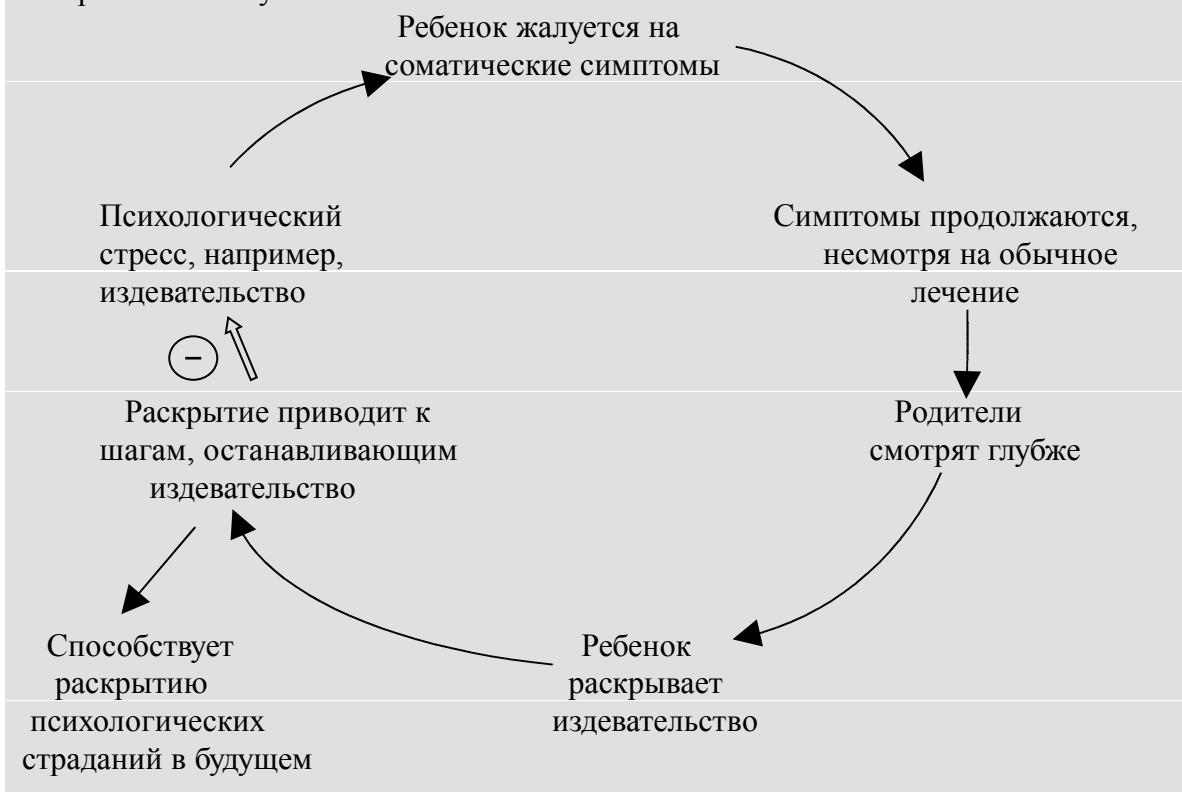
#### **И здоровье и болезнь могут быть самоподдерживающимися**

Подавляющее большинство больных детей хотят поправиться, чтобы вернуться к своим друзьям и возобновить обычные занятия. Тем не менее, у болезни свои привлекательные стороны, в т.ч. дополнительное родительское внимание, сочувствие, подарки и освобождение от повседневных требований. И хотя здоровье обычно более привлекательно, чем болезнь, баланс может измениться, когда ребенок подвергается острым или хроническим жизненным стрессам, особенно если у ребенка нет другого очевидного избавления, кроме как уйти в болезнь. Невыносимые, но явно неотвратимые ситуации могут варьировать от нераскрытоого сексуального насилия

**Вставка 20.2 Соматическая направленность семьи обучает ребенка соматизировать.**



**Вставка 20.3 Психологически чуткое обращение обучает ребенка психологической направленности ума.**



до ловушки, в которую попадает стремящийся к достижениям ученик, когда он хорошо успевает в школе, но не может выдержать темп или вынести, что его обошли другие. Относительная привлекательность здоровья и болезни может также измениться после любой продолжительности болезни, неважно - чисто соматической или нет. Стоит только заболеть на некоторое время, может быть меньше причин поправиться: прежние друзья могут найти себе других товарищей по играм, пугает задолженность по учебе, и ребенок может потерять интерес к прежним занятиям в свободное время и компетентность в них. Кроме того, продолжительная болезнь может привить ребенку любовь к социальному миру больного, неважно - дома или в больнице. Как только привлекательные стороны болезни перевесят плюсы здоровья, любой шаг к тому, чтобы ребенку стало лучше, может спровоцировать обострение симптомов.

## **Обвинительная позиция приводит к обратному результату**

Когда дети впервые жалуются на симптом, родители могут суметь «отшутить» их от этого или с успехом применить подход «перестань». Однако к тому времени, когда симптомы предъявляют специалистам здравоохранения, если ребенку станет лучше после того, как ему скажут, что он прикидывается или делает из муhi слона, он потеряет лицо, да и родители, вероятно, почувствуют себя одураченными и будут сердиты за то, что их обманули. Предложения типа «возьми себя в руки и перестань тратить наше время» могут, вполне предсказуемо, приводить к сохранению или ухудшению симптомов, так как дети демонстрируют, что они действительно больны. На самом деле, к обратному результату могут приводить не только недвусмысленно критические замечания: ребенок и семья могут быть очень чувствительны к любому намеку на то, что специалисты их осуждают или стремятся отделаться.

## **Особенности ребенка**

Детей с психосоматическими расстройствами обычно описывают так: добросовестные, навязчивые, чувствительные, неуверенные и тревожные, - лучше всего считать это чертами личности, а не расстройствами. У пораженных детей может быть темперамент, предрасполагающий к избеганию новых ситуаций, а иногда – и к проблемам во взаимоотношениях со сверстниками. Только у меньшей части имеется существующее психическое расстройство, и трудно разобраться, как часто это - следствие, не причина соматических жалоб: «Конечно, доктор, я подавлена. А Вы бы не были с моими симптомами?»

## **Особенности семьи**

Члены семьи с соматическими симптомами могут быть образцом для ребенка – и в смысле самих симптомов, и в смысле стиля совладания. Если родственники жалуются на желудок, головные боли или припадки, это может сенсибилизировать детей к таким проблемам и даже дать им образец для сознательного или бессознательного подражания. Если взрослые в семье обычно тревожно реагируют на свои собственные соматические симптомы, полагают, что серьезно нарушено что-то, находящееся вне их контроля, это может хорошо растить тревогу, «патологизирующие» атрибуции и внешний локус контроля и у детей.

Хотя семейные стрессы могут и вызывать и усугублять нездоровье, убедительных доказательств того, что специфические типы семейных стрессов связаны со специфическими типами нездоровья, не имеется. «Психосоматические» семьи иногда характеризуют так: близкие семьи, которым кажется трудным прямо выражать психологическую озабоченность, и они стремятся получать и предоставлять внимание и ободрение посредством широко употребительной соматической озабоченности. Названы и другие семейные характеристики, предрасполагающие к психосоматическим расстройствам:

- Один родитель чрезмерно вовлечен, а другой - отдален
- Родительская дисгармония
- Чрезмерная родительская опека
- Жесткий или неорганизованный набор правил, а не стабильный и гибкий
- Дисфункциональное общение без решения конфликтов.

Называют и благоприятные характеристики, включающие тепло, сплоченность и удовлетворительную адаптацию к реалиям семейной ситуации. И хотя эти предположительные факторы риска и защиты, несомненно, правдоподобны, они главным образом выведены не из эмпирических исследований, а из клинических впечатлений – ориентира, потенциально подверженного ошибкам.

## **Внешние стрессоры**

Могут играть роль и хронические неблагополучия, и острые события жизни. Насилие, по-видимому, имеет значение только в незначительном меньшинстве случаев; вероятно, чаще встречается значимый вклад издевательства или учебных стрессов.

## **Подход к ведению**

Детей с соматическими симптомами часто в первую очередь направляют к педиатрам. Семьям может быть легче принять психосоматический подход к оценке и лечению, когда их семейный доктор и педиатр с самого начала придерживаются целостного подхода, и, начиная с первой оценки, учитывают взаимодействие биологических и психологических факторов. Тогда подключение специалистов по психическому здоровью – лишь изменение акцента, а не полная смена направления, передающая скрытое сообщение: «Мы завершили свои обследования, у вашего ребенка нет никаких нарушений, поэтому теперь вам лучше обратиться к психиатрам».

Семье нужно услышать от своего доктора, что в настоящий момент оценка исключила ужасные органические заболевания, которых они боялись - опухоли, язвы, закупорки и все прочее. Это не означает, что симптомы неважны; просто теперь можно использовать эффективное симптоматическое лечение, не беспокоясь о том, что за ними стоит что-нибудь более зловещее. Это сообщение помогает уменьшить тревожную фиксацию на симптомах, но оно будет подорвано, если физические исследования будут продолжены «на всякий случай».

Попытки заставить семью стать более психологически направленной, чем она бы хотела, мало что дадут, а потерять можно много. Если семья продолжает считать, что соматические факторы важны, помните, что они могут быть правы, и взгляды современной медицины на тело и разум будущим поколениям, вероятно, покажутся смехотворно примитивными. Может быть полезно подчеркнуть значение подходов ступенчатой реабилитации и то, что «сознание определяет бытие». Психологические и поведенческие методы могут действовать даже когда у симптомов соматическая причина, поэтому эти методы и применяют, чтобы помочь детям совладать с болезненными медицинскими процедурами или с хроническими соматическими симптомами известного органического происхождения. Часто бывает полезно обучить ребенка и семью таким методикам, как «самогипноз» и релаксационная терапия. Это может помочь им почувствовать, что они больше контролируют свои симптомы. Это и лечение имеющегося приступа, и профилактическое лекарство на будущее. Более психологически направленные семьи могут с самого начала согласиться, что психологическое стрессы могли сыграть роль и их нужно исследовать дальше. Для семей, менее психологически направленных, это может вначале показаться слишком трудным, но иногда они становятся более восприимчивыми после того, как методики «сознание определяет бытие» начинают приносить плоды. Детям, имеющим помимо соматических симптомов психическое расстройство, например депрессию, может потребоваться отдельное

лечение этого психического расстройства, если оно не разрешится в результате других психологических вмешательств.

## **РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ (РБЖ)**

Поражают около 10-25% детей, особенно в возрасте между тремя и девятью годами. Большинство родителей признают связь между приступами боли и психологическими стрессами и готовы к психосоматическому ведению, не требуя никакого медицинского воздействия. Тем не менее, меньшая часть случаев, которые все же направляют за заключением к специалистам, настолько многочисленна, что обеспечивает примерно 10% всех новых педиатрических амбулаторных посещений. Даже в специализированных педиатрических центрах<sup>16</sup> менее 10% РБЖ оказываются связанными с серьезным органическим расстройством. И хотя имеются предположительные данные о том, что некоторые дети физически предрасположены к РБЖ, считается, что психологические стрессы играют главную роль в качестве кристаллизующих и поддерживающих факторов.

### **Особенности ребенка**

Большинство детей с РБЖ психически нормальны; немного повышенная частота психиатрических проблем сопоставима с аналогичной частотой у детей с хроническими болями в животе известной органической этиологии. Детей часто характеризуют так: робкие, нервозные, чрезмерно добросовестные, ищущие одобрения взрослых. Некоторые избегают новых трудностей, а другие под воздействием стресса обычно становятся трудными и раздражительными.

### **Особенности семьи**

Клинические описания семей подчеркивают их близость, высокие ожидания и уровень озабоченности родителя по поводу ребенка. У членов семьи повышена частота и эмоциональных симптомов, и соматических жалоб, в особенности желудочно-кишечных - и с известной органической основой, и без нее. Надо еще установить, что отражает эта семейная агрегация - моделирование, генетическую трансмиссию или же общую подверженность неблагоприятным внешним воздействиям.

### **Внешние стрессоры**

Имеется связь с событиями жизни. Большинство стрессов - из числа «каждодневных», таких как смена школы или надвигающийся экзамен. Определенно необычно, чтобы дети, пострадавшие от сексуального насилия, предъявляли РБЖ без других симптомов более широко распространенных нарушений.

### **Естественная история**

Подавляющее большинство детей вырастает из РБЖ; и очень у немногих оказываются просмотренные органические расстройства. У некоторой части может быть предшественником синдрома раздраженного кишечника во взрослом возрасте.

### **Лечение**

Семье требуется убедительное медицинское ободрение, основанное на соответствующей оценке. Часто бывает полезно привлечь ребенка и семью к систематическому наблюдению и записи симптомов, их предшественников и последствий, т.к. это делает взаимоотношения с психосо-

циальными стрессорами более понятными для всех заинтересованных лиц. Ребенка можно обучить методам контроля симптомов: вызыванию образов, самовнушению или методам релаксации. Следует способствовать тому, чтобы ребенок возобновил обычные занятия, несмотря ни на какую остаточную боль; родителям нужно подкреплять эти занятия посредством похвалы и внимания, одновременно уменьшая то дополнительное внимание, которое поощряет симптомы. При использовании этих подходов, боль обычно исчезает или с ней становится легче жить, если она продолжается или повторяется.

## **СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ (СХУ)**

СХУ больше известен у взрослых, но на самом деле возникает и в детстве, поражая, согласно одному недавнему британскому исследованию, между 0,4 и 2 детьми на тысячу. Обычно определяется на основании инвалидизирующей физической усталости, которая продолжается более шести месяцев и не объясняется первичными соматическими или психиатрическими причинами. Часто сопровождается психической усталостью и другими соматическими симптомами без доказуемой органической основы. Обычно бывает сниженное настроение, причем ребенок и семья считают его не причиной, а следствием СХУ. Это подавленное настроение нечасто сопровождается самообвинением и чувством неполноценности; и депрессивное расстройство может быть диагностировано только примерно в трети случаев. Как и при СХУ у взрослых, данные в пользу органической этиологии неубедительные и не систематические, но отсутствие доказательства - не доказательство отсутствия.

При этом расстройстве споры между доктором и семьей по поводу относительного значения соматических и психологических факторов, скорее всего, породят пыл, а не ясность. Лучше всего оставаться агностиком, отказаться втягиваться в споры, которые не могут быть решены на основании современных данных, и продолжать лечение. Полезно мотивировать ребенка и семью на то, чтобы победить проблему, используя подходы «сила позитивного мышления» и ступенчатой реабилитации. Работая с семьей, обычно можно добиться, чтобы ребенок каждый день делал немного больше, с постепенным возвращением к обычной физической активности, занятиям в свободное время и в школе. Стоит подчеркнуть, что эти когнитивно-поведенческие подходы действительно помогают, но их успех не доказывает, что все это расстройство было в первую очередь «в воображении».

## **КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Конверсионные расстройства включают наличие симптомов или дефицитов, затрагивающих произвольное моторное или сенсорное функционирование; эти симптомы или дефициты позволяют предположить органическое расстройство, но в пользу органической причинности нет никаких данных, а в пользу психологической причинности – вполне определенные. Эти дети обычно предъявляют причудливую походку, слабость или паралич ног, странные припадки или полную недееспособность. Симптомы соответствуют представлению пациента о том, как должно выглядеть заболевание, и только частично согласуются с представлением доктора; часто именно эти расхождения и позволяют предположить, что заболевание - «истерическое».

Диагноз конверсионных расстройств сопряжен с трудностями. У части детей с этим диагнозом, в конечном счете, действительно оказывается органическое заболевание, объясняющее их симптомы. Явно причудливые симптомы могут оказаться известными признаками редкого расстройства, которое ставящий диагноз доктор никогда не принимал во внимание. Возможно и противоположное: у ребенка может быть необычное предъявление достаточно распространенного расстройства. Чтобы еще больше усложнить дело, даже если психологические факторы на самом деле отвечают за некоторые симптомы, тем не менее, могут быть важны и органические факторы. Дети, чьим соматическим симптомам не верят, могут потом преувеличивать симптомы, чтобы к ним отнеслись серьезно. Кроме того, дети могут копировать свои собствен-

ные эпизодические расстройства, поэтому тот факт, что у ребенка иногда бывают «псевдоприпадки», не исключает и существующих истинных эпилептических припадков.

Несмотря на все подводные камни в диагностике, большинство клиницистов убеждены, что конверсионное расстройство действительно существует. Его можно рассматривать как (бессознательное) разыгрывание заболевания в ответ на невыносимо трудное положение. Одни дети, реагируя на стресс, ведут себя грубо или как взрослые, или жалостно, другие - ведут себя как больные. Врачи обязаны обеспечить, что этим детям не станет хуже оттого, что будет начат затяжной ряд обследований и дополнительных заключений; они также должны помочь ребенку найти более адаптивные способы справляться с какими-то ни было стрессами, спровоцировавшими данный эпизод.

Многие данные из развивающихся стран позволяют полагать, что конверсионные расстройства иногда очень распространены. Однако в Европе и США эти расстройства встречаются реже. Конверсионные расстройства диагностируют примерно у 1% пациентов психиатрических стационаров, но их доля, вероятно, выше среди амбулаторных пациентов, особенно у тех, кто направлен педиатром. Эти расстройства редко встречаются до пяти лет и по большей части поражают детей старше 10. Особенно восприимчивы могут быть девочки после полового созревания.

## **Ребенок**

Преморбидное приспособление часто бывает нормальным; некоторые особенно стремились к совершенству или были слишком добросовестными учениками. И лишь у меньшей части помимо конверсионного расстройства - другой психиатрический диагноз.

## **Семья**

Семья в большинстве случаев представляется нормальной; примерно лишь у одной пятой - грубые аномалии. Обычно они убеждены, что расстройство - органическое, желают дальнейшего физического обследования и сопротивляются направлению к психиатру. Часто семейная история соматического или психического расстройства.

## **Обстоятельства и исход**

Ребенок часто находится в невыносимо трудном положении, в диапазоне от нераскрытия секуального насилия до несоответственно высоких ожиданий. Расстройство может быть спровоцировано негативным событием жизни или незначительным физическим заболеванием, хотя иногда явного предшественника нет. В 80% случаев можно установить образец разыгрываемых симптомов: заболевание в семье или более широком социальном окружении ребенка, или заболевания, которые были у ребенка раньше. Большинство выздоравливает полностью, но у меньшей части чрезвычайно хроническое течение.

## **Лечение**

Соматические обследования должны прекратиться. Исходная направленность на симптомы, а не на возможные психологические стрессоры может помочь семье включиться. Этот процесс может быть медленным и его нелегко ускорить. Смесь физической реабилитации и обучения методикам «сознание определяет бытие» дает ребенку возможность с честью выйти из положения. Ребенку нужно получать больше вознаграждений за то, чтобы поправляться, чем за то, чтобы оставаться больным. Иногда это можно устроить, изменив поведение семьи, но иногда может понадобиться госпитализация. Если ребенок попал в невыносимо трудное положение,

необходимо это распознать и заняться этим. В долгосрочной перспективе ребенку нужно обучаться более адаптивным способам справляться со стрессами.

### **Обзоры по теме**

- Garralda M.E. (1996) Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 13-33.  
Mrazek D. A. (2002) Psychiatric aspects of somatic disease and disorders. In Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 810-827.

### **Дополнительное чтение**

- Chalder T. et al. (2003) Epidemiology of chronic fatigue syndrome and self reported myalgic encephalomyelitis in 5-15 year olds: cross sectional study. *British Medical Journal*, 327, 654-655.  
Goodyer I.M. (1986) Monosymptomatic hysteria in childhood: family and professional systems involvement. *Journal of Family Therapy*, 8, 253-266.  
Sokel B. et al. (1991) Getting better with honor: individualized relaxation/self-hypnosis techniques for control of recalcitrant abdominal pain in children. *Family Systems Medicine*, 9, 83-91.  
Taylor D.C. (1982) The components of sickness: diseases, illnesses and predicaments. In Apley J., Ounsted C. (eds) *One Child, Clinics in Developmental Medicine*, No. 80 SIMP/Heinemann, London, pp. 1-13.

## **Глава 21 ДОШКОЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ**

Несмотря на то, что у многих дошкольников есть эмоциональные или поведенческие проблемы, их часто трудно классифицировать. Лишь у меньшей части имеется один из общепризнанных синдромов, описанных в других частях этой книги, например аутизм или расстройство привязанности. Чаще у ребенка только одна сфера проблем (например, причуды в еде, вспышки гнева или страхи) или же несколько таких проблем, которые не складываются ни в один из признанных диагнозов. Поэтому при оценке дошкольника по большей части формируется не специфический диагноз, а список проблемных сфер.

### **Распространенные проблемы**

Классическое исследование дошкольных проблем и их последствий в сообществе – это исследование «От дошкольников до школы» (см. вставку 21.1). Дошкольники могут предъявлять такого же рода симптомы, какие обычно приводят старших детей на прием к психиатру: беспокойства, страхи, печаль, агрессия, вспышки гнева, чрезмерная активность, невнимательность и т.д. Как показано во вставке по исследованию «От дошкольников до школы», возрастная динамика симптомов разнится. Так, по мере созревания детей чрезмерная активность и страхи встречаются реже, беспокойства - чаще, а вероятность быть трудноуправляемым во всех трех возрастах почти одна и та же.

Среди дошкольников также особенно распространены проблемы развития и привычек. Очень часто бывают задержки в приучении к туалету, а также комфортные привычки, такие как раскачивание, сосание большого пальца, удары головой, мастурбация или сосание волос. Другие распространенные трудности включают плохой аппетит, причуды в еде, трудности при укладывании спать на ночь и частое ночное пробуждение. Как показано во вставке по исследованию «От дошкольников до школы», созревание ведет к разрешению многих проблем развития и привычек. Многие родители, узнав об этом, охотно ждут, пока их ребенок вырастет из этого поведения. Если семья действительно нуждается в помощи, часто решением является совет по управлению поведением, данный патронажной сестрой, семейным доктором, педиатром или специалистом по психическому здоровью.

### **Исход в позднем детстве**

Некоторые дошкольные проблемы преходящи, а другие - устойчивы. Хроническое течение некоторых дошкольных проблем заметно и проспективно, и ретроспективно. В исследованиях с прослеживанием, таких как «От дошкольников до школы», показано проспективно, что у существенной доли дошкольников с тяжелыми проблемами действительно развиваются отчетливые поведенческие, эмоциональные и гиперактивные расстройства, когда они становятся старше. Эта непрерывность часто заметна ретроспективно - при оценке психиатрических проблем школьников, когда родительские отчеты ясно показывают, что проблемы идут из дошкольного возраста. Многие дети с оппозиционно-вызывающим расстройством всегда были раздражительны и подвержены вспышкам гнева; многие дети с тревожным расстройством, связанным с разлукой, всегда были очень прилипчивы и боязливы; а многие дети с синдромом дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) всегда были чрезмерно активны и невнимательны.

Почему же тогда так редко можно с уверенностью диагностировать поведенческие, эмоциональные и гиперактивные расстройства у трехлетних? Отчасти, это представляется проблемой «сигнал – шум». Например, несмотря на то, что многие трехлетки очень активны, и им трудно заняться заданиями, у большинства из них развивается адекватная регуляция внимания и активности к тому времени, когда они идут в школу; и только у незначительного меньшинства проблемы устойчивы и, в конечном счете, станут основанием для диагноза СДВГ. На фоне такого большого «шума» в виде самостоятельно проходящей чрезмерной активности и невнимательности затруднительно обнаружение «сигнала» - раннего СДВГ. Срочно нужны методики оценки,

которые смогут предсказать, какие дошкольные проблемы являются первыми признаками хронических расстройств. Тогда этим детям можно было бы прицельно оказывать длительную дополнительную помощь до того, как они столкнутся с серьезными проблемами. В противоположность этому, при дошкольных проблемах, которые, вероятно, пройдут с возрастом, возможно, все, что требуется, - это ободрение или краткое вмешательство.

### **Вставка 21.1: Исследование От дошкольников до школы (Richman et al., 1982)**

#### **Метод**

Случайная выборка 1 из 4 трехлетних детей дальнего района Лондона. Двухстадийный проект (см. главу 3) включал первоначальное скрининговое интервью, за которым следовали детальные оценки всех «скрин-положительных» детей и сопоставленной выборки «скрин-отрицательных» детей в 3, 4 и 8 лет.

#### **Основные результаты в три года**

Умеренные или тяжелые поведенческие проблемы имелись у 7%, и еще у 15% - легкие проблемы. Мужской пол немного преобладал. Мальчики были более гиперактивны, девочки – более боязливы. Психиатрические проблемы чаще встречались при наличии специфической задержки речи или неблагоприятных социальных и семейных факторах, таких как супружеский разлад, недостаток тепла, много критики, материнская депрессия, большой размер семьи и жилье в многоэтажке.

#### **Основные результаты в восемь лет**

Среди имевших проблемы в 3-летнем возрасте, у 73% мальчиков и у 48% девочек через 5 лет все еще были проблемы. Чрезмерная активность и низкий интеллект предсказывали устойчивость у мальчиков, но не у девочек. Чрезмерная активность предсказывала расстройство поведения; боязливость предсказывала эмоциональное расстройство. Неблагоприятные семейные факторы имели больше значение как предрасполагающие, а не как поддерживающие причины, т.е. они предсказывали появление новых проблем, но не могли предсказать, будут ли установленные проблемы устойчивыми или нет.

#### **Процент детей с некоторыми специфическими проблемами в разном возрасте**

	3 года	4 года	8 лет
Страхи	10	12	2
Чрезмерно активен, беспокойный	17	13	11
Беспокойства	4	10	21
Трудноуправляемый	11	10	11
Загрязнение ( $\geq x1/\text{нед}$ )	16	3	4
Много комфортных привычек	17	14	1
Пробуждение ночью ( $\geq x3/\text{нед}$ )	14	12	3

#### **Исход во взрослом возрасте**

Выборка «От дошкольников до школы» была снова прослежена в исследовании, которое можно было бы называть «От дошкольников до суда», поскольку единственный итоговый показатель, который определяли в жизни молодых взрослых – это была ли у индивидуума судимость. Возможно, единственный наиболее важный результат – то, что невозможно точно предсказать, какие трехлетки окажутся правонарушителями; этот результат многим принесет облегчение, хотя

некоторые будут огорчены. Тем не менее некоторые дошкольные поведенческие проблемы в умеренной степени прогнозировали преступность взрослых, даже при учете пола, социального происхождения и задержки развития. Так, если ребенок в трехлетнем возрасте был чрезмерно активен и трудно управляем, это предсказывало преступления совершеннолетних в целом, а вспышки гнева в трехлетнем возрасте предсказывали насильственные преступления совершеннолетних. Эти результаты усиливают доводы в пользу того, чтобы предоставить родителям оппозиционно-вызывающих дошкольников эффективную помощь (см. главу 6), а не просто предполагать, что они из этого «вырастут».

## **Лечение**

Когда у дошкольников один из психиатрических синдромов, представленных в других местах этой книги, лечение, как правило, следует стандартным направлениям, которые обсуждаются в соответствующей главе. Для детей с хроническими расстройствами, такими как аутизм, особенно важно взаимодействие с органами образования. Для органов образования полезно заранее знать об эмоциональных и поведенческих проблемах и проблемах с обучением, которые, вероятно, потребуют обеспечить специальное образование. Раннее предупреждение может также позволить поместить ребенка в соответствующую детскую группу или детский сад, что часто помогает не только ребенку, но также и измученным родителям.

Если при оценке выявляется не специфический диагноз, а одна или несколько проблемных сфер, необходимо принимать во внимание стратегии ведения по каждой проблеме. В некоторых случаях родители могут считать, что нет необходимости в каком-либо лечении, как только их заверят, что проблема встречается часто и вероятно будет недолговечной (и скажут, как и когда возобновить контакт в маловероятном случае, если проблема действительно будет упорно продолжаться). Если лечение показано, часто особенно ценные поведенческие подходы. Например, если вспышки гнева или ночное пробуждение подкрепляются родительским вниманием, то возможное решение - обращать на проблему меньше внимания. Поведенческую программу нужно приспособить к особенностям родителей и самого ребенка. Например, если у родителей не железные нервы, им может показаться трудным «угасить» ночное пробуждение, полностью игнорируя зов или плач своего ребенка посреди ночи. Таких родителей может больше устроить подход «тише, тише»: например, обращать все меньше и меньше внимания каждую последующую ночь. Важно помнить, что поведенческая программа, которую родители не могут выполнить до конца, хуже, чем ничего, поскольку это деморализует родителей и обучает ребенка сопротивляться любой следующей попытке преодолеть проблемное поведение.

## **Обзор по теме**

Campbell S.B. (1995) Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.

## **Дополнительное чтение**

Douglas J. (1989) *Behaviour Problems in Young Children*. Tavistock/Routledge, London.

Richman N., Lansdown R. (1988) *Problems of Preschool Children*. Wiley, Chichester.

Richman N., Stevenson J., Graham P.J. (1982) *Preschool to School: A Behavioural Study*. Academic Press, London.

Stevenson J., Goodman R. (2001) Association between behaviour at age 3 years and adult criminality. *British Journal of Psychiatry*, 179, 197-202.

Zeanah C.H., Boris N.W., Scheeringa M.S. (1997) Psychopathology in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 81-99.

Zeanah C.H. (2000) *Handbook of Infant Mental Health*, 2nd edition. Guilford Press, New York.

## **Глава 22 РАССТРОЙСТВА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Поскольку подростковый возраст находится между детским и взрослым возрастом, неудивительно, что большинство психических расстройств подросткового возраста - либо продолжение расстройств детского возраста, либо раннее проявления расстройств взрослых. Но подростковый возраст – не только смесь детского и взрослого возраста; у этой стадии свои собственные уникальные биологические и социальные характеристики, которые окрашивают и нормальное, и аномальное поведение тинейджеров (с 13 до 20). Перед тем как сосредоточиться на аномальном поведении, важно рассмотреть уникальный мир, в котором живут подростки, а также внутренние процессы психического и физического созревания, специфичные для этой стадии жизни. Поведенческие проблемы, достигающие пика в возрасте тинейджеров, такие как делинквентность, злоупотребление психоактивными веществами, умышленное самоповреждение и нервная анорексия, часто представляют преувеличенные и неразрешившиеся варианты обычных испытаний и злосчастий подросткового возраста.

### **Краткая история подросткового возраста**

Несмотря на то, что половое созревание - биологический процесс, как мы теперь знаем, подростковый возраст – относительно новое социальное явление. В развивающемся мире, большинство людей покидают школу и начинают работать перед половым созреванием или в ходе него; физическая зрелость развивается в ногу с экономической и социальной зрелостью. То же самое было справедливо и для развитого мира - до недавнего времени, когда сочетание более раннего полового созревания (отражающего лучшее питание и здоровье) и продолжительного образования привело к открытию «ничьей земли» между детским и взрослым возрастом. Это продолжительный период, когда подростки приобретают тела взрослых, но не их роли, права или финансовую независимость. Это, конечно, сильное упрощение, но оно указывает на необходимость иметь в виду, что подростковый возраст (а на самом деле и все остальные стадии жизни тоже) детерминирован как культурой, так и биологией.

### **Правила и автономия**

В подростковом возрасте происходит переключение от принятия правил и границ, наложенных другими, к их самостоятельному установлению; при этом контроль, возложенный на самого себя, заменяет контроль, наложенный извне. Молодые люди сталкиваются с трудной задачей, пытаясь проявить свои растущие возможности и стремление к самоопределению в пределах, приемлемых для родителей и общества в целом. Исследования подтверждают, что самые распространенные причины споров с родителями в этот период - вопросы, связанные с правилами и автономией, и это неудивительно. На том конце спектра, где больше нарушений, «неконтролируемые» тинейджеры следуют своим собственным желаниям, обращая очень мало или почти никакого внимания на общественные правила и потребности других людей. Одновременное отсутствие контроля, наложенного извне, и возложенного на самого себя, делает этих подростков особенно трудно управляемыми для всех, кого это касается, включая родителей, социальных работников и психиатров. Когда родители больше не могут справляться, то простое помещение таких молодых людей на воспитание в детский дом может только усугубить проблему, поскольку недостаточное сдерживание во многих детских домах отражается в высокой частоте разнообразных «неконтролируемых» занятий. Эти занятия могут включать преждевременную и незащищенную сексуальную активность, передозировки и порезы вен, прием наркотиков, бродяжничество и кражи.

## **Биологические и социальные влияния взаимодействуют**

Пубертатному всплеску сексуального и агрессивного поведения у людей, как и у других животных, способствуют биологические факторы; это подтверждают последствия задержанного полового созревания. Однако различные культуры различным образом канализируют эту биологическую предрасположенность, усиливая одни признаки и подавляя другие. Вопреки представлениям здравого смысла, нет убедительных доказательств тому, что у чрезвычайно агрессивных девинквентов или лиц, совершивших множественные половые преступления, аномально высок уровень гормонов, так что в этих обстоятельствах эффективность «химической кастрации», не говоря уж о желательности, остается очень сомнительной. Патологические разновидности сексуальных и агрессивных «порывов» после полового созревания, по-видимому, больше связаны с социальными и психологическими переменными, чем с биологическими.

Взаимодействие биологических и социальных факторов при развитии подростков хорошо демонстрируют результаты шведского исследования последствий раннего полового созревания для девочек. В большой репрезентативной выборке девочек примерно у 10% половое созревание началось, по меньшей мере, на два года раньше, чем в среднем. В подростковом возрасте эти рано созревающие девочки чаще, чем их сверстники, курили, выпивали, воровали, прогуливали школу, не слушались своих родителей и покидали школу при первой же возможности. Эти различия возникли в результате того, что рано созревающие девочки были склонны объединяться со старшими девочками, и, возможно, больше всего с проблемными старшими девочками, которые плохо успевали в школе. Биологические различия (раннее половое созревание) привели к социальным различиям (выбору группы сверстников), и на приспособление повлияли именно социальные различия: у рано созревающих девочек, не имевших старших друзей, риск нарушения норм не был повышен.

## **Когнитивное развитие**

Начиная с 14 или 15 лет, когнитивные способности подростков во многих отношениях сопоставимы со взрослыми, например, по тестам абстрактного мышления или функций «лобной доли». Из того факта, что в этом отношении подростки равны своим родителям и учителям, но колоссально отличаются по опыту и власти, могут легко возникать конфликты. Взрослые могут недооценивать способность подростков самостоятельно продумывать вещи; подростки могут недооценивать ценность опыта.

Люди существенно различаются по тому, в каком возрасте они достигают своего взрослого роста, и представляется вероятным, что люди точно так же сильно различаются по тому, в каком возрасте они достигают своего взрослого когнитивного потенциала, и эти различия имеют важные последствия для психосоциальной адаптации. Некоторые исследования малолетних девинквентов указывают, что они отстают от своих сверстников в развитии совести и альтруизма, хотя их определенно очень трудно измерить.

## **Идентичность**

В принципе, наше общество предлагает молодым людям сбывающее с толку разнообразие возможных взрослых ролей: «Ты можешь быть кем хочешь, если будешь действительно работать над этим». На практике у большинства молодых людей выбор ограниченный и непривлекательный. Это напряжение прибавляет трудности подростковому возрасту, когда молодой человек пытается выработать ощущение идентичности, соединяющее внутренние стремления и внешние реалии. Ощущение спутанности по поводу личной идентичности иногда может быть настолько выраженным, что в значительной степени препятствует функционированию молодого человека. DSM-IV предоставляет код для *Проблемы идентичности* в рубрике других заболеваний.

ний, которые могут быть предметом клинического интереса. В МКБ-10 сопоставимой категории нет.

Принятию и отверганию идентичностей, предлагаемых миром взрослых, сопутствует разный риск. Принятие непривлекательной идентичности, которая совсем не оправдывает предшествующие стремления, может подорвать самооценку и предрасполагает к депрессии. Другая крайность - то, что некоторые молодые люди, по-видимому, определяют свою идентичность главным образом на основе отвергания авторитета и норм взрослых, и это предрасполагает их к делинквентности и злоупотреблению психоактивными веществами. Представляется, что идентичность, основанная на отвергании ценностей взрослых, иногда отражает совокупное влияние критики родителей, неудач в школе и последующей идентификации с делинквентной группой сверстников.

Молодым людям может быть не полностью ясна сексуальная идентичность; исследования позволяют полагать, что в то время как не меньше 3% однозначно гомосексуальны, по меньшей мере, такое же число проходит через период бисексуальности, для большинства краткосрочный.

### **Решать проблемы и выдерживать стресс**

У детства имеются свои собственные стрессы, однако переход к взрослому возрасту может привести много других: экзамены, разбитое сердце, безработицу и усугубление споров с родителями. Детям, не научившимся адаптивным способам вести себя с другими иправляться с кризисами (возможно потому, что у их родителей тоже не было соответствующих навыков), вероятно, покажется особенно трудным совладать с новыми стрессами подросткового возраста. Насилие, злоупотребление психоактивными веществами и самоповреждение, - все это может быть способом разрядить стресс или временно справиться с проблемами, которые нельзя решить более адаптивно.

### **Эпидемиология подростковых психических расстройств**

Обследование 14- и 15-летних на острове Уайт остается «классическим» эпидемиологическим исследованием подростковой психопатологии (см. вставку 22.1). Главные выводы этого исследования выдержали испытание временем, несмотря на продолжающиеся разногласия о распространенности подростковой депрессии: не встречается ли она значительно чаще, чем в 2%, обнаруженных на острове Уайт. Самые последние данные говорят о том, что точечная распространенность<sup>17</sup> тяжелых депрессивных эпизодов в подростковом возрасте - между 1% и 5% (см. главу 10). Накапливаются данные в пользу модели «двух популяций» подростковых проблем с поведением, включающей «закоренелых преступников» - индивидуумов с поведенческими расстройствами до, во время и после подросткового возраста, плюс большое число ранее хорошо адаптированных индивидуумов, проходящих в подростковом возрасте через относительно краткосрочную стадию нарушения правил и антисоциального поведения.

В подростковом возрасте, как и в среднем детстве, наиболее распространенные диагнозы - это эмоциональные и поведенческие расстройства. Они представлены в соответствующих главах, как и две другие проблемы, достигающие пика в подростковом возрасте, а именно подростковая делинквентность и умышленное самоповреждение. Остальная часть этой главы посвящена четырем заболеваниям, не представленным в других местах и гораздо более распространенных в подростковом возрасте, чем в детстве: злоупотреблению психоактивными веществами, шизофрении, нервной анорексии и нервной булимии.

## **Вставка 22.1: Прослеживание на острове Уайт (Rutter et al, 1976)**

### **Метод**

Полная популяционная выборка 2303 подростков, живущих на острове Уайт, была обследована в ходе двухстадийного проекта: всех испытуемых оценивали с помощью поведенческих скрининговых опросников, которые заполняли родители и учитель; у всех «скрин-положительных» индивидуумов и в случайной выборке «скрин-отрицательных» индивидуумов провели полную психиатрическую оценку. Большая часть испытуемых была также обследована 4 годами ранее в первоначальном исследовании на острове Уайт, но некоторые были вновь прибывшими.

### **Основные результаты**

- (1) Судя по информации, собранной у родителей и учителей, определенные психические расстройства имелись примерно у 10% выборки – частота лишь немногим выше, чем в среднем детстве. Кроме того, еще 10% подростков сообщили о выраженных внутренних чувствах печали и неполноты, которые не сопровождались значительными внешними изменениями. Было ли это скрытой депрессией? Только долгосрочное прослеживание может ответить на ключевой вопрос, является ли скрытая подростковая печаль предшественником явной депрессии взрослых.
- (2) Из очевидных для информантов расстройств, большинство было эмоциональными и поведенческими. Депрессивные расстройства встречались чаще, чем в 10 лет: в 2%, а не в 0,2%. (Печаль, по данным самоотчетов, встречалась еще чаще: у 48% девочек и 42% мальчиков). Отказ от школы в 14 лет также встречался чаще, чем в 10, и возникал как часть более широких тревожных и аффективных расстройств.
- (3) Почти у половины детей с расстройствами в 14 лет, уже было расстройство, когда их оценивали в 10 лет. Расстройства, впервые возникших после 10 лет, имели три главных отличия от расстройств с ранним началом: они *не* были связаны с трудностями в учебе; преобладание мужского пола было очень незначительным; и реже встречались неблагоприятные семейные факторы.
- (4) Лишь малая часть подростков были отчуждены от своих родителей (судя по ссорам, физической и эмоциональной отстраненности и отверганию). Отчуждение встречалось особенно часто, когда у молодого человека было психическое расстройство (в особенности хроническое). И хотя отчуждение, восходящее к среднему или раннему детству, судя по всему, действительно связано с психическими расстройствами, начинаяющимися после 10 лет, отчуждение, *начинающееся* в возрасте тинейджеров (с 13 до 20) не было распространенной причиной психического расстройства.

### **Специфические расстройства**

#### **Употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими**

Неудивительно, что в обществе, которое разрешает взрослым использовать выбранные психоактивные вещества для удовольствия или облегчения стресса, большинство молодых людей решают попробовать психоактивные вещества, и многие доходят до того, что потребляют их регулярно, часто с серьезными последствиями для общественного здоровья. Частота экспериментирования и регулярного употребления различается в зависимости от возраста, пола, страны и десятилетия, но можно составить представление о том, насколько распространены различные образцы

употребления, обратившись к исследованию 15- и 16-летних британцев, проведенному в середине 90-х. Более трех четвертей напивались, по меньшей мере, один раз в жизни и почти столько же курили. За прошедший месяц примерно половина употребили подряд пять или более доз спиртного («дринков»)<sup>18</sup>, по меньшей мере, в одном случае и примерно третью курили. Почти половина когда-либо пробовали запрещенные наркотики: примерно 40% употребляли каннабис; примерно 20% вдыхали летучие вещества (клей или растворители); и между 5 и 15% выборки употребляли что-либо из следующего: ЛСД, амфетамины, транквилизаторы и экстази. И хотя большинство таких экспериментов с запрещенными наркотиками не приводит к регулярному употреблению, не стоит забывать, что почти все молодые взрослые наркоманы впервые начали употреблять наркотики в школе, и чем раньше начало, тем более вероятно упорное течение.

Не существует ни простого, ни единственного объяснения образцов употребления психоактивных веществ и злоупотребления ими: доступность, способность вызывать аддикцию, конституциональная предрасположенность, молодежная культура, реклама и образцы для подражания среди взрослых, - все имеет значение. Предшествующее психосоциальное приспособление – еще один из многих факторов. Дети с расстройствами поведения по сравнению с другими детьми больше предрасположены к злоупотреблению психоактивными веществами в подростковом и взрослом возрасте. Особенно высокий риск создает сочетание расстройства поведения и гиперактивности. Оказалось, что трудно установить, в какой мере социальные и психиатрические проблемы злоупотребляющих психоактивными веществами являются следствием самой привычки, а в какой мере они - просто продолжение длительно существующих трудностей приспособления, предшествовавших употреблению психоактивных веществ.

Вдыхание органических растворителей, известное как злоупотребление летучими веществами (ЗЛВ) или нюханье клея – этот образец употребления психоактивных веществ особенно связан с молодежным и социальным неблагополучием. В Соединенном Королевстве ЗЛВ достигает пика в начале возраста тинейджеров (с 13 до 20); примерно 1% 11-15-летних британцев регулярно вдыхают растворители, причем распространенность существенно выше среди детей бедного происхождения. В других районах мира ЗЛВ очень часто встречается в некоторых группах особенно бедных детей, например среди миллионов уличных детей Бразилии. Для потребителя вдыхание растворителей привлекательно тем, что это дешевый и легко доступный способ вызвать «кайф» и уйти от невыносимой ситуации; его действие в некоторой степени сходно с алкоголем, но длится меньше. Обычные побочные эффекты включают тошноту, рвоту, головную боль, звон в ушах и боли в животе. Вдыхание растворителей из мешка может быть причиной сыпи вокруг рта или носа. Реже встречаются такие побочные эффекты, как повреждение печени и почек, трудности при дыхании и энцефалопатия. В результате остановки сердца, вдыхания рвотной массы или спазма гортани (особенно если жидкостью для зажигалок или дезодорантом опрыскивают заднюю часть рта) может наступить смерть. В настоящее время в Соединенном Королевстве ЗЛВ приводит примерно к 65 смертям в год у лиц моложе 18 лет и отвечает примерно за 2% всех смертей у старших тинейджеров. До трети этих смерти наступает у детей, впервые экспериментирующих с растворителями. Хотя девочки пробуют растворители также часто, как мальчики, около 80% смертей от ЗЛВ наступает у лиц мужского пола – возможно, это отражает межполовые различия в частоте употребления или выборе растворителя.

В США было проведено несколько рандомизированных контролируемых испытаний профилактических образовательных программ для подростков. Однако большинство из них охватили только около 30% «популяции риска» и были умеренно эффективны. Серьезная задача для здравоохранения – основываться на этих испытаниях. И, в отличие от взрослых, почти совсем не было хороших испытаний режимов лечения для подростков с установленной наркоманией.

## Шизофрения

Самое важное, что надо знать о детской и подростковой шизофрении, - то, что она очень похожа на шизофрению взрослых, но встречается реже. Недавнее исследование в Шотландии установило, что в популяции 12-17-летних примерно один на тысячу испытал психотические расстрой-

ства, их начало в среднем приходилось на возраст 16 лет; примерно у половины была шизофрения, а у остальных - аффективные, вызванные наркотиками или другие психотические расстройства. И хотя шизофрения может возникать уже с семилетнего возраста, она очень редко начинается до полового созревания. В свете накапливающихся свидетельств о том, что в основном шизофрения – это расстройство неврологического развития, неясно, почему же препубертатная шизофрения встречается настолько редко? Одно из возможных объяснений – то, что аномалии мозга возникают рано, но остаются по большей части скрытыми до тех пор, пока их не проявят нормальные процессы развития, такие как миелинизация или прогрессивное «прореживание» избыточных синапсов; эти процессы продолжаются вплоть до полового созревания и даже позже. Альтернативное объяснение – ключевой аномалией неврологического развития при шизофрении может быть избыточная элиминация синапсов, возникающая в подростковом возрасте, возможно, наиболее выраженная в префронтальной и височной области и приводящая к аномальной связанности нейронов и к психотическим симптомам.

При ранней шизофрении генетические факторы могут быть даже более важными, чем при шизофрении, начинающейся во взрослом возрасте. Ранней шизофрении, как правило, больше подвержены лица мужского пола, однако в промежутке от 11 до 14 лет соотношение полов меняется на противоположное - вероятно потому, что в этом возрасте у девочек по сравнению с мальчиками гораздо чаще заканчивается половое созревание. Шизофрении, начинающейся в детском и подростковом возрасте, особенно вероятно предшествуют преморбидные аномалии развития и социального приспособления. Аномалии неврологического развития включают задержку речи и языка, неуклюжесть, невнимательность и сниженный IQ (в среднем около 85). Часто началу явного психоза предшествуют годы плохого социального приспособления, а иногда - нарушения восприятия и мышления, являющиеся легкими вариантами шизофренических бреда и галлюцинаций. Такая преморбидная картина часто ясна ретроспективно, однако она не настолько характерна, чтобы позволить с уверенностью диагностировать начальную стадию шизофрении пр спективно.

Симптомы шизофрении во всех возрастах довольно сходны. Даже у маленьких детей могут быть шнейдеровские галлюцинации и бред первого ранга, а также расстройство мышления и негативные симптомы, такие как аффективная тупость и апатичная социальная отстраненность. В соответствии с уровнем развития бред у детей, как правило, менее сложен, чем у взрослых, и в нем реже присутствует сексуальная или иная тематика взрослых. Феномены пассивности и скучности мышления выражены меньше, чем у взрослых.

Поскольку возраст вносит так мало различий в симптоматологию, стандартные диагностические критерии шизофрении по МКБ-10 и DSM-IV можно применять во всех возрастах. В целом они работают хорошо, однако в нескольких исследованиях показано, что маниакальные эпизоды в подростковом возрасте особенно часто включают шнейдеровские симптомы первого ранга, и это часто приводит к неправильному диагнозу шизофрении. У детей младшего возраста и с задержкой развития диагноз поставить труднее, особенно при скрытом появлении симптомов. В этой группе может быть трудно отличить бред и галлюцинации от чрезмерных, но соответствующих возрасту страхов и фантазий, особенно при существующем расстройстве речи. Провести различие между аутизмом и шизофренией (см. вставку 22.2) нетрудно, но это излюбленная экзаменационная тема!

Когда шизофрения начинается рано, начало часто бывает не острым, а скрытым. Психотические эпизоды обычно охватывают от одного до шести месяцев галлюцинаций, бреда и расстройства мышления. Медикаментозное лечение нейролептиками часто помогает снизить интенсивность симптомов, но не обязательно сокращает эпизод. Многие подростковые психиатры выбирают «атипичные» нейролептики, такие как оланzapин или рисперидон как лечение первого плана, отдавая им предпочтение перед традиционными «типичными» нейролептиками, такими как галоперидол или хлорпромазин. Атипичные препараты дороже, но они могут быть более подходящим лечением применительно к некоторым распространенным особенностям ранней шизофрении: выраженным негативным симптомам, подверженности экстрапирамидным побочным эффектам и относительной резистентности к типичным нейролептикам. Применение кло-

запина ограничено резистентной к лечению шизофренией. Разрешение положительных симптомов часто сопровождается стадией выздоровления длительностью несколько месяцев, в течение которых частично или полностью разрешаются остаточные негативные симптомы. Как и в случае шизофрении, начинающейся во взрослом возрасте, только у незначительного меньшинства выздоровление полное и дальнейших эпизодов не бывает. Работа с семьей, направленная на то, чтобы уменьшить выражение отрицательных эмоций, может играть роль в снижении рецидивов, как и продолжающееся медикаментозное лечение; пораженным индивидуумам также может понадобиться специальное школьное обучение, тренинг социальных навыков и поэтапный перевод во взрослую психиатрическую службу по месту жительства. После второго и последующих

### **Вставка 22.2 Сравнение аутизма и шизофрении**

	<b>Аутизм</b>	<b>Шизофрения</b>
Характерные признаки	Тяжелые социальные нарушения (отчужденный или несочувственный). Тяжелые проблемы общения. Ритуалы и повторяющееся поведение	Галлюцинации, бред, расстройство мышления, негативные симптомы
Начало	До 3 лет, часто с рождения	После 7 лет, большей частью после полового созревания ± пре-морбидные аномалии развития (более легкие и менее специфические, чем при аутизме)
Семейная история	2% сиблинов аутичны и более чем у 10% - менее выраженные аутистические признаки	Часто положительная семейная история заболевания шизофренией
Генерализованная недостаточная обучаемость	Обычно	Редко
Течение	Не эпизодическое, хроническое, по большей части некоторое улучшение по мере созревания	Эпизодическое, часто с постепенным ухудшением социальной адаптации
Польза от нейролептиков	Редко	Обычно
Тяжелые долгосрочные социальные нарушения	Обычно	Обычно
Требуется уход по месту жительства и профессиональное обслуживание	Обычно	Обычно

эпизодов выздоровление особенно часто неполное и социальное функционирование может постепенно ухудшаться. Как правило, раннее начало означает, что прогноз хуже, чем при начале во взрослом возрасте. Плохой долгосрочный исход лучше всего предсказывают преморбидные социальные и когнитивные нарушения, продолжительный первый психотический эпизод, негативные симптомы в начале и продолжительный период без лечения.

## Нервная анорексия

Пик появления симптомов нервной анорексии приходится на середину возраста тинейджеров (с 13 до 20); соотношение женского и мужского пола - около 10:1. До полового созревания начинается редко. Распространенность у девочек-тинейджеров по большей части оценивают в пределах от 0,1% до 0,7%. Главные диагностические критерии нервной анорексии по МКБ-10 показаны во вставке 22.3. Критерии по DSM-IV сходны, с факультативным выделением двух подтипов: *ограничивающий* тип, при котором потеря веса включает голодание, но не обжорство и не очищение, и тип с *обжорством/очищением*, при котором потеря веса включает обжорство/очищение, а также голодание. Остается сомнение, действительно ли это - два отдельных подтипа, а не точки на континууме. Часто встречаются депрессивные и навязчивые признаки, что иногда является основанием для сопутствующих диагнозов.

### Вставка 22.3 Диагностические критерии нервной анорексии

- (1) *Недостаток в весе*: <85% веса, ожидаемого для данного возраста и роста (вследствие потери веса, а у детей - отсутствия ожидаемой прибавки в весе).
- (2) *Вызван*: Намеренное ограничение в диете, иногда в сочетании с чрезмерными тренировками, средствами, подавляющими аппетит или очищением (т.е. намеренная рвота или злоупотребление слабительными, клизмами или диуретиками).
- (3) *Сопутствующее познание*: Интенсивный страх ожирения. Считает себя толстой, даже при недостатке веса (или считает, что в порядке только при очень большом недостатке веса).
- (4) *Эндокринные последствия*: У лиц женского пола аменорея после менархе, за исключением тех, кто «на таблетках». (Потеря сексуального интереса и потенции у лиц мужского пола. В случае раннего начала задержка или остановка полового созревания.)

Близнецовые исследования дали противоречивые сведения о роли генетической предрасположенности: у пробандов с анорексией вероятность поражения второго близнеца выше, чем ожидаемая случайно, но до сих пор неясно, обусловлено ли это разделенными генами или разделенной средой. Эпидемиологические исследования позволяют полагать, что социальные факторы могут быть важны. Современный западный стереотип женской красоты включает такую степень стройности, что большинство девочек-подростков вынуждены сидеть на диете. Подверженность проблемам с приемом пищи особенно сильна при таких занятиях, где стройности придается особое значение, таких как модельный бизнес или балетные танцы. И хотя большинство случаев подросткового сидения на диете доброкачественные, вероятно, что социальное давление, подталкивающее к стройности и к тому, чтобы сидеть на диете, действительно увеличивает риск расстройств приема пищи. Нервная анорексия регистрируется главным образом в богатых странах; есть некоторые данные о том, что в странах с низким и средним доходом нервная анорексия чаще встречается в наиболее обеспеченных (а поэтому и наиболее прозападных) слоях общества. Специфического «анорексогенного» семейного происхождения не существует; этому расстройству сопутствует повышенная частота относительно неспецифических семейных проблем с общением и взаимодействием, а также повышенная частота проблем с весом, физических заболеваний, депрессии и алкоголизма среди родственников.

Неясно, имеется ли предрасполагающая роль специфического детского опыта, в т.ч. сексуального насилия. Во многих случаях анорексия, по-видимому, действительно бывает спровоциро-

вана негативным событием жизни, однако тип этого события не представляется особенно характерным. Прибавка в весе и изменение формы тела, вызванные половым созреванием, сами могут тоже способствовать началу расстройства – возможно, что больше всего тогда, когда индивидуум напуган переходом от детской зависимости к сексуальной зрелости и взрослой независимости.

Представляется естественным предположить, что анорексическое познание мотивирует анорексическое поведение - например, озабоченность весом ведет к чрезмерно строгой диете, но может быть справедливо и обратное. В некоторых обстоятельствах поведение, направленное на собственное голодание, может приобрести самостоятельную жизнь. Пораженные индивидуумы могут ощущать переполнение, несмотря на малое количество съеденного, из-за запора и задержанного опорожнения желудка, сопутствующих голоданию. Кроме того, при голодании могут быть свои вознаграждения, возможно, в виде высвобождения эндорфинов или дополнительного внимания. Если это так, то голодание может стать самоподдерживающимся поведением, а пораженные индивидуумы впоследствии пытаются осмыслить свое пристрастие к голоданию, придумывая правдоподобные, но несоответствующие объяснения, на основе того, что считают себя слишком толстыми. С этой точки зрения, даже если потеря веса началась как реакция на стресс или диету, санкционированную культурой, впоследствии этот процесс может стать порочным кругом, из которого трудно выйти.

При соответствующей подготовке психотерапевтов лечение детей и подростков с анорексией, живущих в своей семье, обычно может быть проведено на амбулаторной основе. Первая главная цель – постепенное, но неуклонное восстановление веса, окончательная задача – вес, отклоняющийся от ожидаемого в пределах 10%. Как правило, это достигается более частой (четыре – шесть раз в день), но умеренной едой. Прибавку в весе ускоряет сочетание семейной терапии, поведенческих методик и индивидуальной терапии. Цель семейных сеансов – способствовать такой реструктуризации семьи, которая ускорит выздоровление; часто при этом родителям четко поручают отвечать за прием пищи – до тех пор, пока не восстановится нормальная регуляция веса. Данные рандомизированных контролируемых испытаний позволяют полагать, что включение в программу лечения и родителей, и детей важнее, чем такие детали, как отдельно или вместе принимать родителей и детей. Может быть полезно предоставлять групповое лечение одновременно нескольким пораженным семьям. Чтобы вознаградить строгое соблюдение диеты и успешную прибавку в весе, можно применять поведенческие методики. Индивидуальная терапия может предоставлять смесь поддержки, когнитивной реструктуризации, образования по поводу диеты, инсайта и навыков решения проблем. Роль нейролептиков и стимуляторов аппетита неясна, но антидепрессанты могут оказывать некоторое влияние на прибавку в весе и коморбидную депрессию.

Долгосрочное прослеживание клинических групп (где, вероятно, преобладают тяжелые случаи) показывает, что выздоравливает примерно 50%, частичное улучшение наступает у 30%, а у 20% – течение хроническое; примерно у пятой части в качестве продолжения развиваются аффективные расстройства и меньше 50% удается установить стабильные долгосрочные интимные взаимоотношения. Примерно 2% умирают от голода или совершают суицид. У некоторых индивидуумов ограничивающая анорексия переходит в анорексию с обжорством, а затем и в нервную булимию. Факторы, предсказывающие плохой исход, включают большую потерю веса, рвоту, обжорство, более хроническое течение и преморбидные аномалии. Возможные индикаторы лучшего исхода включают раннее начало, хорошие взаимоотношения между родителем и ребенком и быстрое выявление и лечение.

## **Нервная булимия**

Нервная булимия включает частые эпизоды неконтролируемого переедания, при которых за короткий период времени потребляется большое количество пищи; это расстройство не следует диагностировать на основании обжорства, возникающего исключительно в то время, когда индивидуум также соответствует критериям нервной анорексии. Обжорство случается на фоне

устойчивого стремления к еде или озабоченности едой. Индивидуум препятствует тому, чтобы потолстеть в результате обжорства посредством намеренной рвоты, очищения, периодов голодания и других способов. Вес тела обычно близок к нормальному, но озабоченность по поводу веса усиlena.

Пик булимии наступает на несколько лет позже, чем при анорексии, однако избыток лиц женского пола столь же выражен. И хотя эпидемиологические исследования позволяют полагать, что в общей популяции булимия может встречаться чаще, чем анорексия, в клинических выборках булимия представлена недостаточно. Булимия может отражать воздействие общих факторов риска психопатологии (таких как родительское пренебрежение или сексуальное насилие) в сочетании с частными факторами риска сидения на диете (например, преморбидный избыточный вес). Большинство пораженных индивидуумов можно лечить амбулаторно когнитивно-поведенческой терапией, которая, как правило, является лечением выбора, однако есть некоторые данные в пользу эффективности селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), таких как флюоксетин. В долгосрочной перспективе полностью выздоравливает примерно 50%, у 25% - улучшение, а у 25% - хроническое течение, часто характеризующееся ремиссиями и рецидивами. Часто встречается сосуществующая или последующая депрессия, которая может потребовать отдельного лечения.

## Обзоры по теме

- Hollis C. (2002) Schizophrenia and allied disorders In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 612-635.
- Rutter M. (2002) Substance use and abuse: causal pathways considerations In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 455-462.
- Steinhausen H.-C. (2002) Anorexia and bulimia nervosa. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 555-570.
- Weinberg W.A. et al (2002) Substance use and abuse: epidemiology, pharmacological considerations, identification and suggestions towards management. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 437-454.

## Дополнительное чтение

- Asarnow J.R. et al. (2004) Childhood-onset schizophrenia: clinical and treatment issues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 180-194.
- Carvey P.M. (1998) Drug action in the central nervous system. Oxford: Oxford University Press.  
(Тщательное описание действия всех главных наркотиков, вызывающих злоупотребление.)
- Eisler I. et al. (2000) Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 727-736.
- Gilvarry E. (2000) Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55-80.
- Gowers S., Bryant-Waugh R. (2004) Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 63-83.
- Miller P., Plant M. (1996) Drinking, smoking and illicit drug use among 15 and 16 year olds in the United Kingdom. *British Medical Journal*, 313, 394-397.
- Magnusson E. et al. (1985) Biological maturation and social development: a longitudinal investigation of some adjustment processes from mid-adolescence to adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 267-283. (Изучает последствия раннего и позднего полового созревания у лиц женского пола.)
- Jacobsen L.K., Rapoport J.L. (1998) Childhood-onset schizophrenia: implications of clinical and neurobiological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 101-113.
- Rutter M. et al. (1976) Adolescent turmoil: fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 35-56. (Описывает исследование подростков на острове Уайт.)

## Глава 23 ПЛОХОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ

Плохое обращение с детьми стало широко признанным в США в 1960-е гг., и с тех пор раскрывается по всему миру, где бы ни проходило систематическое расследование. Большая часть определений содержит две составные части: (1) доказательства такого поведения по отношению к ребенку, которое может быть повреждающим, и (2) доказательства того, что в результате этого ребенку был причинен вред. Заметьте, что в это определение не входит намерение; некоторые родители могут считать, что они нежно любят своих детей, но, несмотря на это, могут причинять им вред, хотя бы и непреднамеренно. Иногда плохое обращение легко распознать, например, у девочки ошпарены ягодицы, и родитель признается, что окунул ее в кипящую ванну, чтобы проучить. В других случаях это гораздо труднее, например, мальчиком с расстройством поведения пренебрегают родители, у которых низкий интеллект. Как много причинено вреда, которого можно было бы избежать, или же он все равно стал бы таким, даже если бы о нем хорошо заботились? Информация о том, как много пренебрежения требуется для того, чтобы причинить специфический измеряемый ущерб, далеко не точна.

Случаи насилия и пренебрежения могут быть одними из самых волниющих и душераздирающих впечатлений в детской психиатрии, иногда вызывать ужас и желание немедленно спасти ребенка. Поэтому важно сохранить ощущение перспективы: насколько хороши доказательства того, что насилие происходит на самом деле, а также иметь сочувствующую команду для эмоциональной поддержки, чтобы не оказаться сломленным и не отключаться от того, что открылось.

Типы плохого обращения включают:

- **Физическое насилие:** неслучайная травма: травмы головы, переломы, ожоги и ошпаривание, ушибы. Синдром Мюнхаузена по довериности (вымыщенное заболевание по довериности). Неорганическое нарушение физического развития (Non-organic failure to thrive) и психосоциальная низкорослость.
- **Пренебрежение:** недостаток физического и медицинского ухода, надзора, эмоциональной близости и, стимуляции
- **Эмоциональное насилие:** враждебность, лишение внимания, угрозы оставить, несоответствующие требования.
- **Сексуальное насилие:** проникающее, непроникающее; внутрисемейное, внесемейное; девочек, мальчиков.

### Эпидемиология

Очевидно, что регистрируемые частоты сильно зависят от определений и методов установления. В Англии каждый год примерно 3% детей до 13 лет попадают в поле зрения профессиональных учреждений в связи с подозрением на насилие. Десятая часть этого количества (3 на 1000) – в официальном Реестре защиты детей всего возрастного диапазона от 0 до 18 лет. Оценки распространенности на первом году жизни более чем вдвое выше, далее устанавливаются на уровне примерно 3 на 1000 у детей 1-16 лет, а после этого возраста - значительное падение. Если посмотреть на это с другой стороны, важно отметить, что в возрастной группе 10-15-летних подростков все еще часто обнаруживается серьезное насилие. Фатальное насилие встречается примерно у 1 на 10 000 населения, и примерно так же часто встречается генерализованная недостаточная обучаемость, вызванная насилием на первом году жизни.

В Англии и Уэльсе наиболее регистрируемая и преобладающая категория плохого обращения - физическое насилие, за ним следует сексуальное насилие, а затем - пренебрежение; эмоциональное насилие регистрируется редко. Однако чаще всех этих категорий встречается неспецифическая «серьезная озабоченность», которая объясняет примерно половину всех регистраций и используется тогда, когда предполагается серьезный риск насилия: например потому, что из-

вестно, что сиблинги подвергались насилию, или потому, что дома живет осужденное лицо, совершившее половое преступление, и т.д.

Вышеуказанные цифры относятся к насилию, зарегистрированному властями. В 2000 г. в Соединенном Королевстве было проведено большое эпидемиологическое исследование - почти 3000 респондентов. По оценкам, 7% детей испытывали в своих семьях серьезное физическое насилие, 6% - внушающее опасения отсутствие физического ухода, 6% - эмоционально плохое обращение, внушающее опасения, и 5% - внушающее опасения отсутствие надзора.

В США правительство регулярно проводит национальные исследования встречаемости, и находят, что распространность насилия у детей до 18 лет – 2,5% -4 %. Нижнее значение включает только доказанный вред ребенку, верхнее - опасность причинения вреда с точки зрения местных специалистов и служб защиты детей. Эти цифры очень похожи на частоту, установленную в Соединенном Королевстве. Однако в отличие от Соединенного Королевства наиболее регистрируемая и преобладающая форма в США - эмоциональное насилие (1,2%), за ним близко следует физическое насилие (1%, три четверти случаев считаются тяжелыми), пренебрежение (0,9%) и сексуальное насилие (0,7%). В результате установленного насилия и пренебрежения наступает более 2000 смертей в год; помимо этого члены семьи каждый год совершают более 6000 убийств детей младше восьми лет.

Эти цифры представляют преобладающий тип плохого обращения на момент регистрации. Однако более детальные исследования обнаружили большую степень перекрывания, так что множественные формы насилия - скорее правило, чем исключение. Так, физическое насилие, достаточно тяжелое, чтобы достичь официального реестра, редко встречается в отсутствие эмоционального насилия, а нередко бывает и некоторая степень пренебрежения; внутрисемейное сексуальное насилие обычно возникает в атмосфере неадекватных личностных границ и эмоциональных искажений и т.д.

## **Клиническая картина**

### **Физическое насилие**

Ребенка обычно предъявляют с каким-либо видом травмы. В истории, рассказанной семьей, могут быть предположительные указатели:

- (1) Поздно или недостаточно обращаются за медицинской помощью.
- (2) Отчет о том, как была получена травма, расплывчатый, специфические детали отсутствуют, тогда как остальные обстоятельства передаются с убедительными подробностями.
- (3) Отчет существенно меняется при пересказе.
- (4) Отчет о происшествии несовместим с полученной травмой: например о ребенке с яркими кровоподтеками и переломами говорят, что он скатился с кровати на толстый ковер.
- (5) Аномальные чувства родителя во время отчета, явно не отражающие ту степень озабоченности и тревоги, которую можно было бы ожидать.
- (6) Подозрительное поведение родителя в течение расследования: враждебность, чрезмерно настойчивое отрицание какого-либо гнева по отношению к ребенку, несмотря на доказательства того, что предшествующее травме поведение ребенка было трудным, и попытки в ближайшее время покинуть больницу до того, как будет завершено медицинское обследование.
- (7) Многие подвергшиеся насилию дети кажутся грустными, замкнутыми и напуганными, некоторые проявляют застывшую настороженность.
- (8) Ребенок может сказать что-нибудь, решительно указывающее на насилие.

Осмотр и обследование могут выявить травмы, решительно предполагающие неслучайное повреждение. Следует подчеркнуть, что ни одна картина физической травмы не является патогно-

моничной для насилия, скорее, нужно рассматривать каждый случай в отдельности в свете всех имеющихся данных и особенно - истории. Некоторые педиатры начинают чрезмерно полагаться исключительно на физические признаки. Например, приверженцы одной научной школы были убеждены, что расширение заднего прохода - несомненный признак насилия. Последующие исследования показали, что это не всегда так и привели к тому, что в нескольких судебных делах были опровергнуты «доказательства» экспертов, и это стало вехой в судебной практике.

Предположительные физические признаки хорошо описаны в большинстве учебников по педиатрии и включают подозрительные образцы переломов (в т.ч. широко распространены переломы различного возраста, обнаруживаемые при исследовании скелета), кровоизлияния от тряски - внутримозговые и в сетчатку, ожоги и ошпаривание (в т.ч. ожоги от сигарет и ошпаривание при принудительном погружении) и характерные образцы кровоподтеков (например, вследствие схватывания или сдавливания).

Другие формы физического насилия включают умышленное удушение и отравление. Удушение может предъявляться как приступ апноэ или же как почти состоявшийся или действительный синдром внезапной младенческой смерти (СВМС). По одной оценке, 10% СВМС обусловлено удушением; и у сиблинов детей, входящих в реестр защиты, его частота гораздо выше, чем в контроле. Отравление может предъявляться как случайное, когда это не так, или же просто как таинственное заболевание.

Синдром Мюнхаузена по доверенности, известный также как вымыщенное заболевание по доверенности, имеет отношение к ребенку, которого предъявляет доктору родитель (почти всегда мать), вызвавший заболевание. Обычно мать неоднократно приводит ребенка в больницу для обследования, но когда ее нет рядом, симптомы и признаки уменьшаются. Родители утверждают, что ничего не знают о причине заболевания. Часто и другие сиблины тоже бывают подвержены сфабрикованным заболеваниям, и действительно, в одном исследовании установлено, что 1 из 10 умер при загадочных обстоятельствах. Формы сфабрикованных заболеваний, по порядку убывания зарегистрированных частот включают: остановку дыхания вследствие удушения, отравления, припадки, явное кровотечение из разных отверстий, сыпь и другие кожные заболевания, лихорадку и высокое кровяное давление. По мере того как мать проводит все больше времени в отделении, может обнаружиться, что она получает удовольствие от медицинской помощи; матери часто имеют подготовку в сфере здравоохранения - медицинской сестры или другую, или же опыт в этой сфере. Часто сопутствуют другие типы физического насилия, такие как неслучайная травма или неорганическое нарушение физического развития.

Нарушение физического развития имеет отношение к тому, что прибавка в весе просто меньше ожидаемой. Это относительно распространенное предъявление в педиатрических клиниках. У большинства находят соматическое заболевание, такое как заболевание сердца, легких, органов пищеварения или гормональные проблемы. Однако у части не могут найти никакой медицинской причины. Эта группа представляет неорганическое нарушение физического развития (ННФР). У части из них - просто недиагностированные соматические заболевания, но многие возникают в условиях отклоняющихся от нормы взаимодействий родитель-ребенок. В этой группе отклоняющиеся взаимодействия особенно часто встречаются во время еды, и в результате большинство случаев ННФР заканчивается получением недостаточного питания (как и многие случаи органического нарушения физического развития, где, напротив, взаимодействия родитель-ребенок обычно нормальные). Чтобы доказать, что причиной является неблагоприятное воспитание, совершенно необходимо документально подтвердить, что ребенок нагоняет в весе при помещении в доброкачественную обстановку (например, в отделении больницы или с приемными родителями). Показано, что у детей с ННФР гораздо выше риск последующего пренебрежения и насилия, чем в контроле.

Психосоциальная низкорослость имеет отношение к нарушению линейного роста в условиях тяжелого насилия и пренебрежения. Более редкая и более тяжелая форма, чем ННФР. Возникает на фоне продолжительного крайне плохого обращения, с тяжелым эмоциональным насилием, пренебрежением, а часто и сексуальным или физическим насилием. Особенно своеобразное предъявление, которое иногда описывают как гиперфагическую низкорослость, отличается сле-

дующими признаками. У детей малый рост, но достаточное питание, почти нормальный вес для их роста, но незрелые пропорции тела. Структура сна нерегулярная и беспорядочная. Эти дети часто берут большое количество еды из дома и у других детей, и могут объедаться до тех пор, пока их не вырвет. Часто встречаются энурез и энкопрез, которые кажутся намеренными. Настроение обычно подавленное, с крайне самоуничижительной самооценкой. Социальные отношения очень плохие, нет друзей, активно отвергаются другими. IQ обычно на нижней границе нормы, интервал внимания короткий, развитие речи задержано, а школьные достижения сильно отстают. Пока дети подвергаются стрессу, секреция гормона роста, как правило, снижена, а при госпитализации возвращается к нормальному или повышенному уровню. Как и при ННФР, при удалении из жестокой среды большинство клинических признаков заметно смягчается. Появляются данные, позволяющие полагать, что гиперфагическая низкорослость - редкое заболевание, возникающее в результате сочетания тяжелого насилия и конституциональной склонности при стрессе снижать секрецию гормона роста.

## Пренебрежение

Имеет отношение скорее к отсутствию соответствующего ухода, чем к непосредственно несоответствующим действиям. Тем не менее, последствия пренебрежения для детей могут быть столь же разрушительными, как и последствия насилия, если не больше. Может быть затронуто большинство сфер ухода:

- (1) **Недостаток физического ухода.** Включает недостаточное питание, а иногда и ННФР, повторные инфекции, нечесаный и грязный вид, грязное и неорганизованное жилище.
- (2) **Недостаток медицинского ухода** - неспособность приводить ребенка на прививки, неспособность при заболеваниях и несчастных случаях добиваться соответствующей медицинской помощи. Это может приводить к осложнениям соматических заболеваний, которых можно избежать, включая дефекты зрения от нелеченого косоглазия, нарушения слуха от нелеченого отита, а порой и смерть, например от гипотермии.
- (3) **Недостаток проводимых в жизнь домашних порядков, правил и надзора.** Ведет к повышенной частоте несчастных случаев во всех возрастах, включая домашние и дорожно-транспортные. Младшие дети часто мочатся и пачкаются без какой-либо органической причины. Старшим детям допускается сбегать из дома и подвергаться разнообразным рискам, например играть на железнодорожных путях, связываться с наркоманами, мелкими преступниками и лицами, злоупотребляющими сексом. Несспособность обучиться соответствовать социальным нормам, и в результате – трудно приспособиться к другим людям и порядкам в организациях, в особенности к школьным правилам; часто встречаются поведенческие нарушения или расстройство поведения.
- (4) **Недостаток эмоционального тепла и доступности.** Часто оказывает глубокое воздействие на способность детей вступать в поощряющие близкие взаимоотношения, так как они не испытали нормальных взаимных интимных отношений. У них обычно нарушены социальные и эмоциональные навыки и понимание того, как строить дружеские отношения; они очень низко оценивают собственную личность, что иногда приводит к явной депрессии, но чаще выглядит как уныние и недостаток социального интереса и отзывчивости. Встречаются и другие эмоциональные расстройства, такие как тревога и страхи. У младших детей часто бывают аномальные образцы привязанности, измеренные при разлуке и воссоединении с родителями, наблюдается высокая частота дезорганизованной категории (см. главу 28). Другие пренебрегаемые дети неразборчиво дружелюбны, жаждут любви и стремятся к физическому контакту, что создает высокий риск насилия. Дети школьного возраста не могут

поддерживать серьезные дружеские отношения. Взрослые, воспитанные в пренебрегающей и жестокой обстановке, часто проявляют неадекватные близкие взаимоотношения. Это отражается в аномальных признаках, с помощью которых они описывают свои взаимоотношения с родителями и другими близкими, и устанавливается в Интервью привязанности взрослых (см. главу 28).

- (5) **Недостаток когнитивной стимуляции и поощрения конструктивного времяпрепровождения.** Ведет к задержке усвоения речи, короткому интервалу внимания с плохой сосредоточенностью, сниженному IQ, плохому усвоению навыков, низким достижениям, неудачам в школе и на экзаменах и сильно сниженному чувству компетентности и инициативы.

## Эмоциональное насилие

Несмотря на то, что в Соединенном Королевстве эмоциональное насилие редко является главной причиной регистрации озабоченности в официальных реестрах защиты детей, во многих случаях это преобладающая форма плохого обращения, происходящая в семье. Более того, оно почти без исключений присутствует при других регистрируемых формах плохого обращения. Тем не менее им занимаются меньше - потому что непосредственные проявления менее драматичны, и причинную связь с нарушениями у ребенка труднее доказать. Но не потому, что оно менее пагубно: за последние два десятилетия все больше исследований показывает глубокие и стойкие последствия у детей, выращенных в таких условиях. Его составляющие включают:

- (1) **Крайнюю враждебность и критику.** Родители могут дойти до того, что видят в ребенке только плохие качества и подвергают его испепеляющему огню критических и унизительных замечаний, которые он не в состоянии отразить. Исследования с прослеживанием подтверждают, что дети, подвергавшиеся воздействию жесткого эмоционального климата, с большей вероятностью сами будут жестокими и станут издеваться над другими.
- (2) **Отвергание и отказ в любви.** Ребенку не предлагается ни тепла, ни объятий, а когда он сам проявляет инициативу, его непрерывно отталкивают. Это может приводить к отчаянной эмоциональной фruстрации и нарушению близких отношений, иногда с глубоким недоверием к интимности и следующей из этого отстраненности или же к отчаянной потребности в интимности любой ценой. Иногда с сиблингом обращаются совсем иначе, это усиливает чувство отвергания, и у дифференцированно отвергаемых детей особенно плохой прогноз.
- (3) **Лишение внимания.** Ребенка игнорируют, в особенности когда его не слышно или он что-нибудь конструирует; когда он ищет с кем поиграть или одобрения достижений, ему отказывают. Это приводит к тому, что социально приемлемого поведения становится меньше, а антисоциального поведения и агрессии - больше.
- (4) **Непоследовательность.** Поведение, к которому только что отнеслись благосклонно, в следующий раз заслуживает сокрушительную критику и тяжелое наказание; родитель может быть утром теплым и приветливым, а к вечеру – холодным и отвергающим. Это приводит к спутанности и неспособности предсказывать и доверять.
- (5) **Угрозы оставления.** Ребенку угрожают выгнать из дома за очень незначительный поступок, воспринимаемый как проступок; его чемодан может быть упакован и отвезен в социальную службу и т.д. Постоянный страх оставления препятствует формированию надежной основы для развития взаимоотношений и часто приводит к тревожной привязанности.

- (6) ***Несоответствующие стрессы и требования.*** Ребенок может видеть, что его депрессивную мать часто избивает ее сожитель, или как она принимает слишком большую дозу. Ему могут сказать, что он - причина того, что родители развелись, и использовать его в дальнейших язвительных стычках как футбольный мяч, просить его становиться на чью-либо сторону, передавать сообщения, служить в качестве миротворца и предоставлять утешение и защиту.

## **Сексуальное насилие**

Согласно одному детальному определению, это «вовлечение зависимых детей и подростков, не достигших в процессе развития зрелости, в сексуальные занятия, которые они не полностью понимают, на которые они не могут дать информированное согласие и которые нарушают социальные табу семейных ролей». Диапазон действий различается по тяжести и, соответственно, по распространенности. Так, согласно отчетам, «бесконтактное» насилие, такое как экстибиционизм, когда-либо в детстве случалось примерно у половины всех женщин. Контактное насилие, включая ласки, согласно отчетам, случалось в детстве примерно у 15-20% женщин, тогда как о проникающих действиях с вагинальным, анальным или оральным вовлечением сообщает примерно 2%. Все эти данные цифры неточны из-за трудностей в установлении. Исследования в сообществах позволяют полагать, что лица женского пола подвергаются насилию чаще, чем лица мужского пола, так что соотношение 2 или 3:1, но в выборках тех, кого направили в клинику, преобладание женского пола больше: примерно 4 или 5:1. В клинических выборках детей, подвергшихся сексуальному насилию, небольшой избыток детей, происходящих из бедных социально-экономических слоев, но при физическом насилии и пренебрежении этот градиент выражен гораздо меньше, а при исследованиях в сообществах - практически отсутствует.

Сексуальное насилие может привлечь внимание разными путями. Чаще всего сообщает о насилии ребенок, обычно другому ребенку, родителю или другому взрослому, которому доверяет; кроме того, все больше и больше пользуются телефоном доверия. Часто встречаются изменения в поведении. Несомненно, что преждевременно сексуализированное поведение должно вызвать подозрение на насилие, но часто возникают более неспецифические изменения, такие как замкнутость и избегание, повышенная раздражительность и агрессивность без видимой причины, снижение школьных показателей и потеря друзей. Старшие дети могут принимать слишком большие дозы, убегать из дома или насиливать других детей. Могут быть предъявления, прямо относящиеся к проникающим действиям: анальное или вагинальное кровотечение или инфекции, инфекции мочевых путей, энурез или фекальное загрязнение, венерическое заболевание или беременность.

## **Факторы риска плохого обращения**

При физическом и эмоциональном насилии нет единственного фактора риска, предрасполагающего воспитателя к насилию над ребенком, скорее спектр влияний, делающих насилие более вероятным. В общих чертах их можно разделить на следующие:

- (1) Плохие воспитательные навыки с дефектными образцами сиюминутного взаимодействия; это обычный конечный путь, посредством которого передается насилие;
- (2) Стressовые обстоятельства;
- (3) Характеристики ребенка;
- (4) Слабая привязанность родителя к ребенку.

Эти хорошо установленные факторы риска суммированы во вставке 23.1.

**Вставка 23.1** Факторы, предрасполагающие к насилию (эта таблица – немного адаптированная схема, разработанная д-ром Дэвидом Джонсом (Dr David Jones), которому мы благодарны за разрешение ее использовать)



Сексуальное насилие чаще всего совершается мужчинами, но около 10% - женщинами, которые могут быть насильниками совместно с мужчинами и иногда действуют по принуждению. Доля насильников – членов семьи, согласно исследованию, варьирует от одной до двух третей.

В пределах дома насилиники чаще всего отцы – они бывают причиной около половины осмотренных в клинике случаев. Отчимы вовлечены непропорционально часто – они бывают причиной около четверти клинических случаев. У девочек, проживающих в одном доме с отчимом, вероятность подвергнуться сексуальному насилию примерно в шесть раз выше, чем у девочек, живущих с обоими биологическими родителями. Когда сексуальное насилие все же возникает вне дома, насилиник, несмотря на это, обычно бывает знаком ребенку, и ему настолько доверяют, чтобы оставить ребенка с ним наедине, например это может быть сосед, друг семьи, друг ребенка, учитель, приходящий воспитатель, тренер и т.п. Насилие относительно редко совершается незнакомыми людьми – это причина около 5-10% всех случаев. Все чаще и чаще выявляют сексуальные шайки. Этот термин имеет отношение к группе взрослых, насилиющих нескольких детей. Они часто сначала подкупают детей, чтобы вовлечь, а затем продолжают их шантажировать; могут использовать их для порнографических видео или вовлекать в детскую проституцию. Их распространность неизвестна, но в одном исследовании английского города с населением три четверти миллиона за два года была раскрыта 31 детская сексуальная шайка, включавшая 47 насилиников мужского пола и 334 ребенка в возрасте от 4 до 15 лет; 90% жертв были девочки; две трети были принуждены совершать оральные сношения, а одна треть – анальные или вагинальные.

## **Последствия плохого обращения**

На сегодняшний день со специфическими образцами плохого обращения удалось связать лишь немногие специфические исходы. Отчасти это обусловлено широким перекрыванием типов плохого обращения, так что трудно изучить насилие «чисто» одного типа. Но даже при изучении «чистых» форм насилия нарушения наблюдают в широком спектре функций. Вполне вероятно, что многие из этих сопутствующих нарушений можно отнести за счет плохого обращения. Это причинное заключение будет обоснованным, если нарушения улучшаются или разрешаются, как только прекращается плохое обращение, например, когда ребенка берут на воспитание. Если улучшения нет, надо рассматривать дополнительные объяснения. Так, существовавшие ранее или конституциональные нарушения могут предрасполагать к тому, что ребенок будет подвергаться насилию. Например, раздражительный темперамент может быть причиной, а не следствием насилия. Альтернативное объяснение – те же самые генетические или психосоциальные факторы, которые предрасполагают ребенка к тому, чтобы подвергаться насилию, могут независимо предрасполагать ребенка и к дополнительным нарушениям. Например, генетические и психосоциальные факторы, которые приводят к низкому IQ у родителя и тем самым повышают риск насилия, также увеличивают вероятность низкого IQ у ребенка, независимо от того, совершается насилие или нет.

**Физические последствия.** В тяжелых случаях может быть выраженное влияние на рост, с ННФР и психосоциальной низкорослостью, описанными выше.

**Эмоциональная регуляция.** Проявляется больше отрицательных эмоций, при стрессирующих обстоятельствах эмоциональное возбуждение возникает быстрее, а для успокоения требуется больше времени. Дети могут быть чрезмерно возбуждены и сверхбдительны. Демонстрируют больше страха и враждебности в ответ на доводы взрослых. Можно наблюдать четыре основных образца:

- (1) Эмоциональная тупость и недостаток социальной отзывчивости;
- (2) Подавленное настроение с грустным выражением лица, избеганием и бесцельной игрой;
- (3) Эмоциональная лабильность с внезапными переходами от вовлеченности и удовольствия к избеганию и гневу;
- (4) Сердитое эмоциональное состояние с дезорганизованной игрой и частыми вспышками ярости в ответ на незначительную фruстрацию.

Недавно в физиологических исследованиях показано, что у детей, подвергшихся физическому насилию, аномальная картина дневной секреции кортизола, а после воспитания в приемной семье в течение года она нормализуется. Точно так же аномальны другие физиологические индексы обостренной реакции на стресс, такие как выброс адреналина и норадреналина в ответ на стимулы, вызывающие тревогу.

**Образование привязанностей.** У ходунков-ползунков и младенцев, с которыми плохо обращаются, преобладающей реакцией на разлуку и воссоединение со своими родителями является образец ненадежной привязанности. Особенно часто наблюдается дезорганизованная реакция, характеризующаяся страхом, дезориентацией, переходами от приближения к избеганию и обратно, необычным выражением, застыванием и другим причудливым поведением (см. главу 28). Образец ненадежной привязанности имеет тенденцию сохраняться на протяжении детства и во взрослом возрасте.

**Развитие представлений о себе.** Детям, с которыми плохо обращаются, кажется трудным говорить о себе, особенно о негативных чувствах - возможно они обучились дома, что это приводит к наказанию. При измерении их мнения о себе выявляют низкую самооценку и низкие оценки собственной компетентности.

**Символическое и социальное развитие.** Игра уменьшается количественно и обедняется качественно, возрастает стандартная, стереотипная активность. Нарушена социальная игра с другими детьми. Эти дефициты хорошо коррелируют с качеством и чуткостью взаимодействий мать-ребенок. Дети, с которыми плохо обращаются, проявляют меньше чуткости к эмоциям других, у них более негативные ожидания от людей, меньше доверия к ним и они меньше способны устанавливать и поддерживать социальные взаимоотношения. Они больше склонны истолковывать неоднозначные стимулы как агрессивные и реагировать таким же образом. Наблюдение реальных взаимоотношений со сверстниками показывает недостаток компетентности, несоответствующую агрессию в ответ на дружелюбные инициативы, а иногда - смешанную картину агрессии и избегания, которая приводит к особенно сильному отверганию группой сверстников. Есть некоторые данные о том, что это представляет дезорганизованную реакцию «борьбы или бегства», которая развилась перед лицом повторных чрезвычайно пугающих переживаний.

**Когнитивное развитие.** И языковые, и невербальные способности развиты менее хорошо, чем у контрольных, не подвергающихся насилию, а школьные достижения снижены еще больше. Это может быть следствием нескольких механизмов, в т.ч. нарушения когнитивного развития в домашней среде, где отсутствуют стимуляция и поощряющие взаимные обмены; плохой способности сосредоточиться на школьных занятиях и организовать их; апатии и недостаточной мотивации.

**Эмоциональные и поведенческие расстройства.** У детей, подвергающихся насилию, встречаются часто. К подростковому возрасту могут приводить к крайним случаям: и к жестокости психопатической личности, и к суициду или умышленному самоповреждению. Кроме того, у жертв тяжелого физического насилия регистрируется повышенная частота посттравматического стрессового расстройства. И хотя эти результаты получены в исследованиях, где дети, с которыми плохо обращаются, сравниваются с контрольными из сходных социально-экономических групп и районов, в семьях детей, подвергшихся насилию, часто непропорционально высокий уровень продолжающегося хронического неблагополучия и лишений. Поэтому иногда трудно отделить влияние насилия от хронической депривации. Там, где множество стрессоров такого рода, частота психопатологии может непропорционально возрастать.

**Устойчивость<sup>35</sup>.** Как часто подвергшиеся насилию дети оказываются устойчивыми, т.е. нормально развиваются несмотря на свой неблагоприятный опыт? Даже если принять такой относительно консервативный критерий, как отсутствие значительных проблем, немногие дети, подвергшиеся насилию, классифицируются как устойчивые. Если измерять компетентность в целом ряде областей, то доля устойчивых детей падает еще больше – во многих исследованиях до нуля, хотя многие развиваются нормально, по меньшей мере, в некоторых областях.

**Межпоколенная трансмиссия.** Доля подвергшихся насилию детей, которые становятся жестокими родителями, разнится в различных исследованиях, в среднем составляя около 30%. И

хотя жестокое воспитание явно оказывает мощное влияние, наихудшие исходы никоим образом не являются неизбежными. Даже среди девочек, выращенных в детских домах вследствие крайне несоответствующего родительского воспитания, примерно половина смогла предоставить своим собственным детям адекватное воспитание.

**Последствия сексуального насилия.** Как и при всех типах насилия, часто бывает трудно разобраться, в какой мере нарушение - специфический результат сексуального насилия, а в какой мере – следствие дезорганизованной и неупорядоченной семейной обстановки в целом. И хотя исследования исходов в клинических выборках, вероятно, пропускают индивидуумов, оказавшихся устойчивыми к пережитому насилию, они помогают выдвинуть на первый план причиненный ущерб и обычно выявляют множество негативных последствий, которые часто делятся многие годы.

Эмоционально, жертвы часто ощущают чувство вины и ответственности за насилие, особенно если они начинают получать удовольствие от сексуально возбуждающих переживаний. Они могут испытывать ощущение беспомощности в ответ на свою неспособность прекратить повторные посягательства на свое тело. Им может казаться невозможным доверять другим, особенно старшим людям того же пола, что и насильник. Травма от насилия может приводить к бессоннице, ночным кошмарам, потере аппетита, другим соматическим жалобам и к саморазрушительному поведению. Могут присутствовать явные симптомы посттравматического стрессового расстройства, с навязчивыми мыслями, связанными с процессом реального насилия и избеганием всех связанных с ним людей и мест. Самооценка часто очень низкая, с преобладающими чувствами отвращения, заражения, загрязнения и никчемности. Часто возникает беспомощность и безнадежность, нередко с элементами гнева. Значительно повышена частота депрессии.

Поведенчески вслед за сексуальным насилием у лиц обоего пола, но в особенности у мальчиков, наблюдаются хроническое непослушание, агрессия, издевательства и антисоциальные поступки. Девочки больше подвержены аноректическим реакциям и тому, чтобы наносить себе порезы и жечь себя сигаретами. Часть детей проявляют несоответствующее сексуализированное поведение, в т.ч. сексуальные контакты или игры с другими взрослыми или детьми и соблазняющее поведение, направленное на относительно незнакомых людей, например на персонал в учреждении постоянного пребывания или в отделении стационара. Возможна упорная нескрываемая мастурбация на людях. Пока они растут, некоторые вовлекается в проституцию. Мальчики, испытавшие гомосексуальное насилие, обычно проявляют спутанность и тревогу по поводу своей сексуальной идентичности. Доля тех, кто начинает применять сексуальное насилие к другим, неизвестна, но ясно, что это делает значимое меньшинство.

Факторы, определяющие влияние сексуального насилия, включают:

- Сколько было применено принуждения и жестокости;
- Продолжительность насилия;
- Природа и тяжесть насилия, в т.ч. имело ли место проникновение;
- Взаимоотношения с насильником: больше всего нарушений возникает, когда насилие совершено лицом, которому доверяют, таким как отец;
- Последующее события, например, удаление из родительского дома с помещением в деструктивную обстановку закрытого учреждения.

Другой фактор, усиливающий влияние сексуального насилия, - это неверие родителя, обычно матери. Около трети девочек, подвергшихся серьезному насилию, не получают поддержки от своих собственных матерей, которые могут отрицать, что насилие вообще имело место (несмотря на ясные доказательства обратного) и предпочесть остаться с насильником, отвергнув своих дочерей. Исследования влияния сексуального насилия в зависимости от возраста, в котором оно произошло, не выявили какого-либо отчетливого периода, когда оно было бы менее повреждающим.

## **Оценка**

Главенствующий принцип при подозрении на насилие в отношении ребенка - оказать помощь. Следует как можно скорее информировать старшего коллегу и проконсультироваться в местном отделе социальных служб. Физическое насилие часто вначале выявляют педиатры, и оно ведется совместно с социальными службами. Тем не менее, специалисты по психическому здоровью детей могут увидеть травмы и выявить другие формы насилия или пренебрежения, принимая ребенка по поводу поведенческих или эмоциональных проблем. Если предполагается судебное разбирательство, специалистов по психическому здоровью детей могут спросить, был ли причинен ребенку значительный вред, какие перспективы на то, что стиль воспитания улучшится, и следует ли изъять ребенка из семьи.

Тщательная общая оценка очень полезна - потому что при исключительном сосредоточении на обстоятельствах насилия могут быть просмотрены менее очевидные аспекты. Особенно важно увидеть всех домочадцев, независимо от того, кровные они родственники или нет, в т.ч. отчима или мачеху, жильцов и т.д. Совершенно необходимы данные, предоставленные извне. Записи врача общей практики и патронажной сестры предоставляют информацию о регулярности посещений, предыдущих травмах у данного ребенка и других членов семьи и о здоровье и поведении родителя (когда получено разрешение родителей). В равной степени важны школьныеrapорты. Оценка должна охватывать все факторы, изображеные во вставке 23.1, а также вопросы о возможно практикуемом насилии, поставленные в контексте воспитания и семейной жизни в целом. Ребенка следует принимать одного, и если школьные показатели значительно отстают, дать психометрические тесты. Следует осведомиться в социальных службах, знакома ли им эта семья, и зарегистрирован ли кто-либо из детей в Реестре защиты детей. Если насилие представляется вероятным, вероятно состоится конференция защиты ребенка, на которую будет приглашен ряд привлеченных специалистов. В наше время родителей обычно приглашают присутствовать на некоторой части или на всей конференции. Даются рекомендации, которые могут включать помещение имени ребенка в реестр и другие охранительные шаги.

При подозрении на сексуальное насилие, если уровень озабоченности умеренный, можно провести скрининговое расследование, а если подозрение более сильное, то расследование по полной схеме. Существуют подробные рекомендации как это следует делать и совершенно необходимо обращаться за советом к старшему коллеге, имеющему опыт в этой сфере. Если у ребенка нет явных нарушений, часто по обоюдному согласию сторон интервью проводят социальные работники, но если у ребенка проявляются признаки выраженных нарушений или в особых обстоятельствах, например при недостаточной обучаемости, или если ребенок очень мал, может потребоваться привлечь специалиста по психическому здоровью детей и подростков.

Скрининговые интервью должны проводиться с ребенком наедине, поскольку, если насилие совершил кто-либо из членов семьи, маловероятно, что ребенок раскроет это в их присутствии, боясь последствий. Например, могли быть открытые физические угрозы, эмоциональный шантаж, или дети могут бояться, что если они скажут, семья распадется, и они потеряют родителя. После общего обсуждения того, как идут дела дома и за его пределами, какие правила и дисциплина и кто нравится ребенку, а кто – нет, может быть полезно спросить о приготовлениях ко сну и купанию, и как они ухаживают за своим телом. Вопросы могут касаться секретов, вещей, о которых дети не смогли никому рассказать; того, кому бы они доверились, если бы у них были какие-нибудь беспокойства; не сделал ли им чего-нибудь кто-нибудь, и не прикасался ли к ним таким образом, что им не понравилось. Показано, что если задавать столь специфические вопросы, то частота раскрытия сексуального насилия возрастает.

Полные следственные интервью требуют специальных навыков и часто проводятся совместно с милицией. Их обычно записывают на видеопленку, т.к. в Соединенном Королевстве и нескольких других странах они допускаются в качестве доказательства в суде, вместо того чтобы ребенок был свидетелем и подвергся перекрестному допросу. Можно пользоваться анатомически правильными куклами, они часто помогают освежить память ребенка. Некоторые маленькие дети описывают, что с ними случилось, и показывают это на куклах с такими живыми подроб-

ностями, что этому трудно не поверить. Тем не менее, необходимо применять осторожность и рассудительность, чтобы избежать чрезмерной интерпретации поведения ребенка, чрезмерного усердия в том, чтобы диагностировать насилие там, где есть сомнения.

Физический осмотр заднего прохода и внешних половых органов полезен, но должен проводиться только педиатром, гинекологом или специально подготовленным полицейским врачом. В то время как разрывы и кровоподтеки решительно указывают на насилие, слабые признаки могут иметь неясное значение, особенно потому, что нормы только устанавливаются. Следует принимать во внимание тесты на наличие спермы, венерического заболевания и беременности. Но поскольку соматические последствия могут быстро проходить, отрицательный физический осмотр не исключает совершение сексуального насилия. В одной группе, где наличие проникающего насилия было хорошо установлено, меньше чем у 40% детей были соматические признаки.

## **Вмешательство**

При ведении установленного насилия руководствуются тремя целями. Первая - предотвратить дальнейшее насилие. Вторая – смягчить последствия того, что уже произошло. Третья - удовлетворить долгосрочные эмоциональные, социальные и образовательные потребности ребенка, а это может включать решение о том, будет ли ребенку лучше всего жить в своей собственной семье, обеспечение того, что будут созданы специальные условия для образования и предоставление положительного социального опыта вне дома. Можно использовать широкий спектр методов, в соответствии с конкретными обстоятельствами случая и возможностями привлеченных ведомств. Например, в одном конкретном случае вмешательства могут включать:

- Распоряжение суда, запрещающее доступ отчима;
- Тренинг родительских навыков для матери, чтобы помочь ей справиться с поведенческими проблемами своего ребенка;
- Антидепрессивную терапию подавленного настроения матери;
- Сеансы индивидуального консультирования для ребенка;
- Предоставление дополнительного образования при проблемах с обучением у ребенка;
- Программу против издевательства в школе;
- Заявление на улучшение жилищных условий семьи.

Чтобы все это было успешно выполнено, требуется хорошее межведомственное взаимодействие.

При ведении сексуального насилия руководствуются теми же тремя целями.

- (1) Необходимо оценить вероятность повторного насилия, если ребенок остается в семье, где это случилось, или будет в нее возвращен.
- (2) Предупреждение дальнейшего насилия может потребовать удаления преступника или системы защиты, обеспеченной правовой санкцией.
- (3) Важна способность матери принять то, что случилось, и защитить своего ребенка, а также способность насилинику признать свою ответственность.

Это имеет значение при оценке риска, для того, чтобы помочь ребенку свести на нет чувство вины и самообвинения, и может подготовить почву для возможного воссоединения насилинику с семьей. Тем не менее, если полагают, что ребенок подвергается риску, может потребоваться получить распоряжение суда, запрещающее доступ. Квалифицированная терапия, вероятно, поможет смягчить последствия насилия. Если дать детям возможность свободно говорить на сексуальные темы, это может позволить им начать противостояние ужасному опыту, находясь в

безопасной обстановке, и таким образом они начинают его эмоционально перерабатывать без диссоциаций и обрывов и не становясь парализованными страхом и тревогой. В этом может помочь множество психотерапевтических и когнитивно-поведенческих методик, и несколько контролируемых испытаний позволяют полагать, что они помогают уменьшить симптомы и страдания. Группы могут помочь детям достичь когнитивного понимания, соотнести свой опыт с перспективой и получить поддержку от других, имевших подобный опыт. Удовлетворение долгосрочных потребностей ребенка может включать поощрение чувства собственного достоинства, способности говорить об эмоциях и тому, чтобы быть твердым в угрожающих ситуациях. Понадобится развивать понимание своей собственной сексуальной реакции и границ между соответствующим и несоответствующим сексуальным поведением. При работе с семьей понадобится заняться тем, разрешила ли мать проблему расщепления лояльности между жертвой и насильником. Тяжело пораженным детям с глубокими нарушениями настроения, тяжелым членовредительством, анорексией или другими симптомами может потребоваться обширная программа терапевтической работы, которую часто лучше всего выполнять в психотерапевтической клинике или в обстановке закрытого учреждения.

Когда плохое обращение было впервые широко признано, имелось сильное давление, чтобы изъять ребенка из семьи - часто под влиянием чувства возмущения у людей. Последующие исследования показали, что у многих из этих детей дела шли плохо, нередко потому, что замещающий уход был недостаточным. Это особенно касалось некоторых детских домов, где была высокая текучесть плохо подготовленного персонала, и имелся риск, что ребенок подвергнется насилию со стороны воспитателей или других воспитанников. В настоящее время делают акцент на реабилитации ребенка в пределах семьи, где это возможно. Поэтому важно суметь предсказать, когда это приведет к успеху. В клинических исследованиях, где назначается лечение, и дети остаются в пределах своей основной семьи, суммарная частота установленного повторного насилия - 20-40%. Факторы, предсказывающие исход, приведены в таблице 23.1. Два наиболее важных предиктора успешной реабилитации - родительское признание, что насилие имело место, и их готовность пройти программу лечения.

Там, где вероятность улучшения незначительная, суд может решить, что ребенку должен быть предоставлен альтернативный уход, например, приемные родители или усыновители, а в случае старших детей - помещение в интернат. В Англии и Уэльсе Закон о детях (1989) гласит:

«главное основание для того, чтобы Государство начало процесс, добиваясь принудительных полномочий, - это действительный или вероятный вред ребенку, причем вред включает и плохое обращение (которое включает сексуальное насилие и нефизическое плохое обращение, такое как эмоциональное насилие), и нарушение здоровья или развития, *здравье* означает физическое и психическое здоровье, а *развитие* означает физическое, интеллектуальное, эмоциональное, социальное и поведенческое развитие».

Закон придает большое значение тому, чтобы работать с родителями на добровольной основе, поддерживая ребенка в пределах семьи, где это возможно.

Показано, что действует первичное предупреждение насилия в отношении ребенка посредством интенсивных программ посещений на дому матерей высокого риска, с которыми установили контакт до родов, но это широко не используется.

**Таблица 23.1** Прогноз успешности вмешательства (эта таблица – адаптированная схема, разработанная д-ром Дэвидом Джонсом (Dr David Jones), которому мы благодарны за разрешение ее использовать)

<b>Фактор</b>	<b>Исход лучше</b>	<b>Исход хуже</b>
<b>Родитель</b>	Признание проблемы Согласие с лечением Нормальная личность	Отрицание проблемы Отказ сотрудничать Проблемы личности: <ul style="list-style-type: none"> <li>• антисоциальная</li> <li>• садистская</li> <li>• агрессивная</li> <li>• подвергалась насилию в детстве</li> </ul>
	Поддерживающий партнер Нет психического расстройства	Жестокий партнер Злоупотребление алкоголем Злоупотребление наркотиками Психоз
<b>Характеристики насилия</b>	Менее тяжелые травмы	Тяжелые травмы Ожоги и ошпаривание Нарушение физического развития Смешанное насилие Проникающее насилие Длительно существующее сексуальное насилие Садистское насилие Мюнхаузен по доверенности
<b>Взаимодействие с ребенком</b>	Нормальная привязанность Способность проявлять эмпатию Отзывчивое воспитание Прежде всего – потребности ребенка	Расстройство привязанности Неспособность проявлять эмпатию Нечуткое воспитание Прежде всего - свои потребности
<b>Ребенок</b>	Здоровый ребенок  Амортизирующая реакция на насилие Одна заботливая связь	Специальные потребности – физические проблемы или проблемы с обучением Обширная психопатология  Нет положительного влияния
<b>Обстоятельства</b>	Хорошие местные детские учреждения  Неформальное сообщество	Нет услуг по уходу за ребенком  Социальная изоляция
<b>Профессиональное вмешательство</b>	С хорошей подготовкой и ресурсами  Терапевтические взаимоотношения	Ресурсов или навыков немного  Недостаточная вовлеченность

## **Обзоры по теме**

- Cicchetti D., Lynch M. (1995) Failures in the expectable environment and their impact on individual development: the case of child maltreatment. In Cicchetti, D. Cohen, D. (eds) Developmental Psychopathology. Vol. 2. Wiley, London, pp. 32-72. (Тщательный и хорошо исследованный обзор влияния плохого обращения на различные сферы функционирования ребенка и вызывающих это влияние механизмов.)
- Emery R.E., Laumann-Billings L. (2002) Child abuse. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 325-339.
- Fergusson D.M., Mullen P.E. (1999) Childhood sexual abuse. London: Sage.
- Glaser D. (2002) Child sexual abuse. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 340-358.
- Putnam F. (2003) Ten year research update review: child sexual abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 42, 269-278.

## **Дополнительное чтение**

- Cawson P. et al. (2000) Child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children (Хорошо проведенное всестороннее исследование частоты насилия в Соединенном Королевстве, основанное на ретроспективных сообщениях 18-24-летних)
- Cohn A.H., Daro D. (1987) Is treatment too late: what 10 years of evaluative research tells us. *Child Abuse and Neglect*, 11, 433-442. (Отрезвляющий обзор исследований вмешательства, охватывающий более 3000 семей в США: более трети семей, находясь на лечении, продолжали плохо обращаться со своими детьми, и более половины семей, вполне вероятно, делали это после окончания лечения.)
- Craft A.W., Hall D.M.B. (2004) Munchausen syndrome by proxy and sudden infant death. *British Medical Journal*, 328, 1309-1312.
- Department of Health (2003) What to do if you're worried a child is being abused. London: Department of Health. (Брошюра с функциональной схемой практических шагов, которые надо предпринять)
- Jones D.P.H. (2003) Communicating with vulnerable children. Gaskell, London. (Отличное небольшое руководство по хорошему способу сбалансированного и сочувственного интервьюирования всех детей, в т.ч. при подозрении на сексуальное насилие)
- Olds D.L. et al. (1986) Preventing child abuse and neglect: a randomised trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78, 65-78. (Показано, что у матерей, которых в течение беременности и первые два года жизни младенца посещали каждые две недели, снизилось насилие и пренебрежение, в особенности если они были бедны, незамужем и моложе 20.)
- Ramchandani P., Jones D.P.H. (2003) Treating psychological symptoms in sexually abused children. *British Journal of Psychiatry* 193, 484-490

## **ЧАСТЬ III ФАКТОРЫ РИСКА**

---

### **24. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ТРУДНОСТИ ПРИ ОБУЧЕНИИ**

Хотя и DSM-IV и МКБ-10 используют термин *умственная отсталость*, все большая часть специалистов и широкие круги общества находят этот термин оскорбительным. В противоположность этому, термин *генерализованная недостаточная обучаемость* (ГНО) широко используется в Соединенном Королевстве, и его предпочитают многие организации, представляющие пораженных людей. Мы решили использовать этот более современный термин, однако признаем, что это может на самом деле породить международную путаницу, поскольку термин «недостаточная обучаемость» в США часто имеет отношение к индивидуумам нормального интеллекта, имеющих специфические трудности в чтении или правописании<sup>19</sup>.

#### **Определение**

Простейшим образом ГНО определяется исключительно по интеллектуальному уровню: при IQ 50-69 - легкая ГНО; при IQ менее 50 - тяжелая ГНО. Однако в большинстве определений ГНО требуется также нарушенное социальное функционирование, включающее сниженную личную независимость или необходимость специального ухода и защиты. Это двойное требование интеллектуальных и социальных нарушений встречается в определениях умственной отсталости по МКБ-10 и DSM-IV. Как правило, то же самое верно в отношении и юридического и административного определения ГНО, например в определениях психической ущербности и тяжелой психической ущербности в английском праве. И хотя у большинства индивидуумов с ГНО помимо интеллектуальных и социальных трудностей, имеются также и образовательные, эти нарушения в обучении в определении ГНО - не основные.

#### **Распространенность**

- (1) **Легкая ГНО**, определяемая по критериям IQ, поражает примерно 2% общей популяции, что можно ожидать, исходя из нормального распределения IQ. (IQ, равный 70, на два стандартных отклонения ниже среднего, а при нормальном распределении более чем на два стандартных отклонения ниже среднего опускается 2,3% любой популяции.) Многих из этих индивидуумов никогда не выявляют ни медицинские, ни образовательные, ни социальные службы. Иногда это бывает из-за того, что их социальное функционирование адекватно, и они достаточно хорошо справляются в общеобразовательных школах, но в других случаях без дополнительных затрат, которые могли бы помочь установить их ГНО, они тихо идут ко дну.
- (2) **Тяжелая ГНО**, определяемая по IQ менее 50, поражает примерно 0,4% популяции, и это примерно в десять раз больше, чем можно было бы ожидать, исходя из нормального распределения IQ, т.е. в нижней части нормального распределения IQ имеется небольшой дополнительный «горб». Индивидуумы с тяжелой ГНО почти всегда известны органам здравоохранения, образования и социальным службам - либо вследствие тяжести образовательных трудностей, либо вследствие существующих физических особенностей, таких как церебральный паралич или эпилепсия.

#### **Модель двух популяций**

Для некоторых целей полезно провести различие между двумя видами ГНО: *органической* и *вариантом нормы* (иногда ее называют *субкультурной*). Это различие можно разъяснить с помощью аналогии. Генетические и средовые факторы, объясняющие нормальное разнообразие ро-

ста у взрослых, неизбежно приводят к тому, что некоторые взрослые окажутся на нижнем конце распределения по росту. Помимо этих индивидуумов с нормальными вариантами низкорослости имеются другие индивидуумы с низкорослостью вследствие органических заболеваний, например таких генетических синдромов, как ахондроплазия. Обычно в органической группе меньше рост и больше медицинских проблем. В группе вариантов нормы много родственников ниже среднего роста (вследствие разделенной среды и полигенов), тогда как в органической группе большая часть родственников будут примерно среднего роста - потому что у них нет такого же органического синдрома. Используя пограничное значение для роста, можно будет определить сильную низкорослость (по большей части органическую) в отличие от умеренной (по большей части вариант нормы), но никакая граница роста не может полностью разграничить группу вариантов нормы от органической.

При ГНО эквивалентом границы роста является пограничное значение IQ около 50. Как показано в таблице 24.1, этот подход действительно выявляет две относительно различные популяции. Тяжелая ГНО в сравнении с легкой чаще связана с неврологическим расстройством и реже - с социальным неблагополучием. И только легкой ГНО сопутствует IQ у родственников ниже среднего. Неудивительно, что пограничное значение IQ = 50 не может полностью разграничить органические случаи и варианты нормы. Но, несмотря на то, что модель двух популяций полезна в качестве концептуальной модели ГНО, ее не следует принимать буквально: причины органических и нормальных вариантов ГНО могут сосуществовать и действовать аддитивно или синергически.

**Таблица 24.1:** Характеристики тяжелой и легкой генерализованной недостаточной обучаемости (данные Broman et al, 1987).

	Тяжелая ГНО	Легкая ГНО
Серьезное расстройство ЦНС	72%	14%
Распространенность:		
Высокий социально-экономический статус	0,4%	0,3%
Низкий социально-экономический статус	0,8%	3,3%
Мужской пол	63%	46%
Средний IQ сиблиングов	103	85

### Причины генерализованной недостаточной обучаемости

(1) **Легкая ГНО.** Предполагается, что большая часть легкой ГНО - следствие такого же рода полигенных и средовых факторов, которые обусловливают IQ в пределах нормы. Предполагается, что полигенный компонент - следствие многих генов, каждый из которых оказывает небольшое, но аддитивное влияние на IQ; и точно также психосоциальный компонент, по-видимому, включает много факторов, каждый из которых оказывает небольшое аддитивное влияние на IQ. Примеры неблагоприятных психосоциальных факторов включают недостаток ранней стимуляции, сниженный доступ к книгам и безразличие родителя к достижениям в учебе. С влиянием генетических и психосоциальных факторов также может суммироваться влияние неблагоприятных факторов физической среды, таких как воздействие повышенного уровня свинца.

(2) **Тяжелая ГНО.** Органические причины, объясняющие большую часть тяжелой ГНО (и меньшую часть легкой), условно подразделяют соответственно времени их появления.

(1) **Пренатальные,** например хромосомные аномалии, дефекты одного гена, внутриутробные инфекции, фетальный алкогольный синдром.

- (2) **Перинатальные**, например внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенных новорожденных, тяжелая желтуха новорожденных. В старых учебниках особое значение придавали акушерским осложнениям, однако теперь представляется маловероятным, что они являются распространенными причинами ГНО. Если ребенок перенес трудные роды и впоследствии оказывается, что у него - тяжелая ГНО, надо ли возлагать вину на роды? Не всегда. Гораздо чаще акушерские осложнения либо не имеют отношения к делу, либо - следствие ранее существовавших аномалий у еще не рожденного ребенка. Так, у детей с хромосомными проблемами или пренатальным повреждением мозга повышен риск аномальных родов.
- (3) **Постнатальные**, например энцефалит и менингит, травма вследствие насилия в отношении ребенка или несчастного случая, тяжелое отравление свинцом.

Несколько синдромов, в т.ч. синдром ломкой X-хромосомы и фетальный алкогольный синдром, уже обсуждались в главе 1. Имеются и другие существенные синдромы:

- **Синдром Дауна**: поражает до 1 из 600 новорожденных, причем у матерей старшего возраста риск гораздо выше. Это наиболее распространенная отдельная причина тяжелой ГНО, объясняющая до трети всех случаев; 95% вызваны дополнительной 21-й хромосомой, образовавшейся вследствие нерасщепления, которое чаще встречается у матерей старшего возраста; 4% - следствие транслокаций, которые бывают семейными, и 1% - мозаики. Физические признаки: маленькая голова; круглое лицо; косой разрез глаз; складки эпикантуса; язык – большой и с бороздами; низко посаженные простые уши; низкорослость; одна единственная ладонная складка; пальцы рук маленькие, загнуты внутрь; гипотония. Часто встречаются пороки развития сердца и желудочно-кишечного тракта. Позднее в жизни повышен риск глухоты, лейкемии и болезни Альцгеймера.
- **Расстройства одного гена**: редких генетических расстройств, которые иногда или всегда вызывают ГНО, много. В качестве эмпирического правила допускайте, что эти расстройства – аутосомно-рецессивные, - если только не знаете, что это не так. Немногие исключения: синдромы Леша-Найхана (Lesch-Nyhan) и Хантера (Hunter), но не Харлера (Hurler), связаны с полом; а туберозный склероз и нейрофиброматоз – аутосомно-домinantные.
- **Аномалии половых хромосом**: у индивидуумов с распространенными аномалиями - XO (синдром Тернера), XXY (синдром Клайнфелтера), XXX и XYY - интеллект обычно нормальный или в нижних пределах нормы, хотя и наблюдается некоторый избыток легкой и тяжелой ГНО.

## Диагностическая оценка ГНО

Детей с тяжелой ГНО обычно направляют к педиатру – из-за сопутствующих физических аномалий или замедленного развития, замеченного родителями или выявленного при скрининге развития. Легкая ГНО может быть не замечена до тех пор, пока трудности при обучении не обнаружатся в школе. Родители и учителя обычно довольно точно оценивают уровень способностей ребенка. Если их попросить, они часто могут хорошо оценить умственный возраст ребенка. Тем не менее, при оценке интеллекта ребенка даже опытные родители и учителя иногда грубо ошибаются. Так, основываясь на плохих показателях вербальных тестов и нехватке «здравого смысла», могут решить, что у ребенка с аутизмом и нормальным интеллектом (судя по невербальным тестам) - тяжелая генерализованная недостаточная обучаемость. Ошибочное суждение такого рода может привести к несоответствующему помещению в школу для детей с тяжелыми трудностями при обучении. Еще чаще учителя считают, что у детей с легкой ГНО – способности близки к средним, а плохие учебные показатели приписывают недостаточному старанию, эмоциональным проблемам или социальному неблагополучию. И снова ошибочное суждение

ведет к несоответствующему учебному обеспечению и давлению. Учитывая все это, имеет смысл дополнить сообщения родителей и учителей формальным психометрическим тестированием. Помимо надежного измерения IQ при детальной психометрической оценке выводится полезный профиль сильных и слабых когнитивных сторон ребенка. Шкала Интеллекта для детей Векслера, 4-е издание (WISC-IV)<sup>20</sup> и Британская Шкала способностей, 2-е издание, (BAS-II) предоставляют батарею вербальных и зрительно-пространственных тестов достаточно широкого охвата для детей школьного возраста. Полезный индекс социального функционирования - тест адаптивного функционирования Вайнлэнд (Vineland), в особенности потому, что для него имеются обширные популяционные нормы.

В основе диагноза причины ГНО лежат:

- (1) Тщательно собранная *история* с особым вниманием к семейной истории, пренатальным инфекциям и пренатальному воздействию алкоголя.
- (2) Внимательный *физический осмотр*, особенно неврологические признаки, признаки дисморфизма и кожные признаки нейрокутаных синдромов (см. главу 1).
- (3) Подобранные *специальные исследования*, особенно на синдром ломкой X-хромосомы, хромосомные аномалии и метаболические заболевания.

Несмотря на то, что очень немногие из найденных причин поддаются лечению, поиск причин важен для генетического консультирования и потому, что многим родителям становится легче от установленного диагноза (отчасти потому, что это дает возможность присоединиться к соответствующей родительской группе самопомощи). В Британии диагноз и консультирование обычно берут на себя не психиатры, а педиатры.

## **Предупреждение ГНО**

Многие подходы могут уменьшить распространенность органических синдромов, иногда или всегда приводящих к ГНО. Так, внутриутробную краснуху можно предотвратить широким распространением вакцинации от краснухи. Дефекты нервной трубы можно предотвратить, предложив добавку фолиевой кислоты в период зачатия и в начале беременности, а фетальный алкогольный синдром можно предотвратить советом по употреблению алкоголя во время беременности. Все больше и больше органических синдромов можно диагностировать пренатально - на основании анализов крови, ультразвукового сканирования, забора проб ворсинчатого хориона и амниоцентеза. Специфическое лечение возможно редко, но родители могут выбрать прерывание беременности. Продолжающиеся достижения в акушерской и неонатальной помощи могут и дальше снижать частоту ранних повреждений мозга, например снижая частоту преждевременных родов и уменьшая их осложнения. Скрининг новорожденных на фенилкетонурию, галактоземию и гипотиреоидизм позволяет начать лечение до того, как возникнет необратимое повреждение мозга. Иммунизация может защитить детей от заболеваний, вызывающих менингит (например, *Haemophilus influenzae*, тип b) и энцефалит (например, коклюш). Меры, снижающие частоту несчастных случаев дома, автомобильных катастроф и физического насилия, могут уменьшить вторичные повреждения мозга после травмы головы.

В снижении частоты нормальных вариантов ГНО достигнуто меньше успехов. Некоторые вмешательства были прицельно направлены на младенцев матерей с ГНО в бедных районах. Они могут приводить к значительному росту учебных достижений и измеряемого IQ, по меньшей мере, краткосрочно. Продолжение воздействия в школьные годы может помочь поддержать эти приобретения в долгосрочной перспективе. И как нет такого-то одного критического периода, после которого средовое повреждение необратимо, также нет и такого-то одного терапевтического окна, после которого средовое обогащение больше не нужно. Однако важно не переоценивать возможный результат средовых вмешательств. В одном исследовании приемных детей сравнивали последствия воспитания родителями из самых высоких и самых низких социально-экономические группы и в результате обнаружили различия IQ примерно в 12 пунктов. Длитель-

ный результат такой величины значительно превышает все, что до сих пор удалось достичь в программах вмешательства.

## **Обеспечение обслуживания детей с ГНО**

На обеспечение обслуживания все больше и больше влияет стремление к «нормализации», т.е. к тому, чтобы способствовать как можно более обычной жизни в сообществе, насколько это возможно.

### **Социальное обеспечение**

Дети развиваются лучше всего, если они растут в составе семьи. В наше время большинство детей с ГНО живут со своими биологическими семьями. Для родителей и сиблиングов это может быть очень положительным опытом, но часто также и существенным бременем по уходу, особенно при тяжелой ГНО. Тем не менее это бремя можно облегчить дополнительной помощью и поддержкой, например пособиями на мобильность<sup>21</sup> или временной помощью по уходу<sup>5</sup> (ее обычно организуют социальные службы). Если же семья не способна справиться даже при максимуме временной помощи по уходу, крайне желательно помещение в альтернативную семейную обстановку - либо через усыновление, либо через долгосрочное воспитание в приемной семье. И очень редко ребенку потребуется помещение в специальное заведение.

### **Обеспечение образования**

Во многих странах закон настаивает на том, что все дети имеют право на соответствующее образование, невзирая на то, насколько тяжелы их трудности при обучении. Никакому ребенку не должно быть отказано ни в каком обучении на том основании, что он «необучаем». Все больше и больше признают, что дети с легкой ГНО могут получать требуемую им дополнительную помощь в пределах общеобразовательной школы. Детям с тяжелой ГНО более вероятно потребуется посещать специальную школу или специальное подразделение в пределах общеобразовательной школы. Сведения от врачей и других специалистов здравоохранения могут помочь органам образования выявить специальные потребности и соответственно их обеспечить.

### **Медицинское обеспечение**

Соответствующий медицинские уход, как правило, включает семейного доктора и педиатрическую команду, которая размещается в центре развития ребенка. При этом не обязательно должно быть предусмотрено участие детской службы психического здоровья, но оно может быть полезно для большой части детей с генерализованной недостаточной обучаемостью, у которых имеются существующие психиатрические проблемы.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОЙ ОБУЧАЕМОСТЬЮ**

В многоосевых схемах МКБ-10 и DSM-IV ГНО и психические расстройства кодируют по отдельным осям (см. главу 2). ГНО сама по себе – не психическое расстройство, но это мощный фактор риска психических расстройств. Примерно у трети всех детей с легкой ГНО и примерно у половины всех детей с тяжелой ГНО - психиатрические диагнозы. Для сравнения: у детей без генерализованной недостаточной обучаемости при оценке по тем же критериям - около 10-15%. Сочетание ГНО и психического расстройства особенно стрессирует семьи, и многим из них кажется, что с психиатрическими проблемами жить труднее, чем с проблемами, присущими собственно ГНО. Чаще всего именно из-за психиатрических проблем не удается оставить ребенка в семье.

## **Тип психического расстройства**

Состав психических расстройств среди детей с легкой ГНО, как правило, сходен с тем, что наблюдается у детей без генерализованной недостаточной обучаемости: преобладают эмоциональные, поведенческие и гиперактивные расстройства. При тяжелой ГНО состав психических расстройств более своеобразный. И хотя эмоциональные, поведенческие и гиперактивные расстройства встречаются по-прежнему часто, часто встречаются и расстройства аутистического спектра (см. главу 4). Так, значимое меньшинство детей с тяжелой ГНО социально отчуждены или же контактируют с другими причудливым образом; игра с воображением у них обычно обеднена, могут быть выраженные стереотипии, которые могут усиливаться от скуки, изоляции, слепоты или глухоты. Иногда возникает тяжелая гиперактивность – одна или в сопровождении аутистических признаков или простых стереотипий.

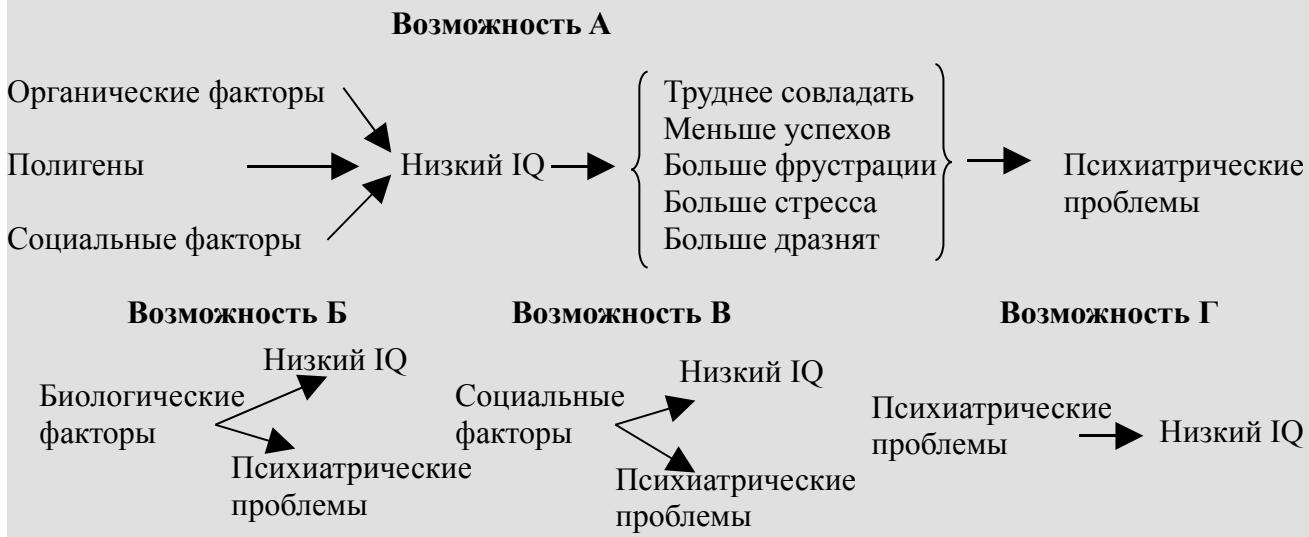
При тяжелой ГНО особенно распространен еще один поведенческий синдром – самоповреждение, например расковыривание глаз, битье головой или кусание рук. В этих действиях есть функциональная составляющая, и может быть показано, что она различается от индивидуума к индивидууму. Так, разным индивидуумам самоповреждение может помогать уменьшить скуку, привлечь внимание, либо отвести нежелательное внимание. При тяжелой ГНО также распространены трудности в усвоении навыков самообслуживания (в т.ч. питания, пользования туалетом и одевания) и проблемы со сном.

## **Специфические формы поведения**

Некоторые органические причины ГНО определенно сопровождаются специфической картиной психиатрических проблем. Например, синдром Леша-Найхана гораздо чаще вызывает тяжелое самоповреждение, чем другие органические расстройства, приводящие к столь же низкому IQ. Если органический синдром – генетический или хромосомный, то типичные поведенческие характеристики называют *поведенческим фенотипом* расстройства. Другие примеры: социальная тревога и избегание взгляда связаны с синдромом ломкой X-хромосомы; а ненасытное переедание связано с синдромом Прадера – Уилли (Prader-Willi). У негенетических синдромов также могут быть сопутствующие поведенческие признаки, и их тоже иногда называют поведенческими фенотипами. Так, внутриутробная краснуха сопровождается аутистическими признаками, а фетальному алкогольному синдрому сопутствует гиперактивность.

Во вставке 24.1 изображены четыре возможных причинных пути, которые могли бы объяснить наблюдаемую связь между ГНО и психическим расстройством. По некоторым психическим

**Вставка 24.1** Почему генерализованная недостаточная обучаемость и психическое расстройство связаны?



расстройствам имеющиеся данные подтверждают возможность Б, а именно, что те же самые биологические факторы, которые вызывают ГНО, также, и независимо от этого, вызывают психиатрические проблемы. Возьмем, например, аутизм. У ребенка с IQ = 40 и туберозным склерозом высокий риск аутизма, тогда как у ребенка с IQ = 40 и церебральным параличом риск гораздо ниже. Таким образом, IQ не может объяснить это различие, оно почти несомненно имеет отношение к различным биологическим субстратам двух классов расстройств.

Однако по некоторым другим психическим расстройствам имеющиеся данные согласуются с возможностью А, а именно, что низкий интеллект, какова бы ни была его причина, предрасполагает ребенка к психиатрическим проблемам. Несомненно, правдоподобно, что низкий интеллект и плохие академические достижения часто подрывают самооценку ребенка и приводят к тому, что его дразнят одноклассники. Кроме того, менее сообразительные дети могут обнаружить, что им труднее преодолевать каждодневные стрессы, и они могут быть больше подвержены срывам под влиянием стресса. По всем этим причинам, сниженный интеллект вполне может приводить к большей тревоге, печали и гневу. В случае расстройства поведения возможность А подтверждается отчетливым линейным взаимоотношением с IQ. Сниженный IQ в пределах нормы сопровождается большим расстройством поведения, даже если сделать поправку на социально-экономическое происхождение. Кажется, что особенно высокая частота расстройства поведения и упорно трудного поведения среди детей с ГНО - продолжение этой тенденции. Похоже, будто любая причина сниженного IQ - органическая, полигенная или социальная, увеличивает риск расстройства поведения.

Данных, подтверждающих какое-либо из двух других возможных объяснений связи между ГНО и психиатрическими проблемами, мало. Неблагоприятные социальные факторы, способствующие низкому IQ, отличаются от неблагоприятных социальных факторов, увеличивающих психиатрический риск (довод против возможности В). И, наконец, хотя психиатрические проблемы и могут быть помехой школьным показателям, обычно они не снижают измеряемый IQ (довод против возможности Г).

## **Лечение**

Лечение психических расстройств у детей с ГНО отличается от лечения сходных расстройств у других детей в акцентах, но не в принципе. Для наращивания навыков самообслуживания и уменьшения нежелательного поведения, такого как самоповреждение, стереотипии и частое ночное пробуждение, особенно ценна поведенческая терапия. Чтобы быть эффективной, поведенческая терапия должна быть тщательно подобрана к каждому отдельному ребенку. Например, при самоповреждающем поведении, совет игнорировать ребенка во время эпизодов самоповреждения, может быть соответствующим для ребенка, который использует это поведение главным образом для того, чтобы привлечь дополнительное внимание. Однако если его применить к ребенку, который использует это поведение главным образом для того, чтобы отвести нежелательное внимание, это приведет только к усилению самоповреждающего поведения. Помимо поведенческой терапии, может быть использован широкий спектр других терапий, в т.ч. семейная терапия, когнитивная терапия и поддерживающая психотерапия (в зависимости от природы проблемы, возраста и когнитивного уровня ребенка).

Роль медикаментозного лечения при лечении психиатрических проблем, связанных с ГНО, остается спорной. В краткосрочной перспективе нейролептики действительно уменьшают сильную агрессию и поэтому, в крайнем случае, могут быть полезны. Однако обычно это улучшение довольно быстро проходит. Потом бывает соблазнительно увеличить дозу, чтобы обрести еще одну временную передышку. И если не сопротивляться этому соблазну, доза, скорее всего, будет прогрессивно возрастать, так что ребенок останется на длительном медикаментозном лечении высокими дозами нейролептиков со всеми сопутствующими опасностями (см. главу 34). Бесполезность этого длительного медикаментозного лечения часто заметна только тогда, когда его, наконец, отменяют: обычно агрессия на время ухудшается, а затем возвращается на прежний уровень. При трудном поведении, как правило, требуется социальное и психологическое

управление, а не фармакологическое лечение. С этой оговоркой медикаментозное лечение временами может быть полезно. Умеренные дозы нейролептиков иногда могут уменьшать стереотипии, гиперактивность, самоповреждение и ажитацию - вероятно, особенно у подростков с ГНО и аутистическими чертами. Стимуляторы могут иногда улучшить гиперактивность у детей с IQ около 40 и более, но редко действуют у детей с более низким IQ. И при любом IQ стимуляторы могут усилить сосуществующее ритуалистическое и повторяющееся поведение.

### **Обзоры по теме**

Bernard S.H. (2002) Services for children and adolescents with severe learning disabilities (mental retardation). In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 1114-1127.

Skuse D.H., Kuntsi J. (2002) Molecular genetic and chromosomal abnormalities: cognitive and behavioural consequences. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 205-240.

Volkmar F., Dykens, E. (2002) Mental retardation. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 697-710.

### **Дополнительное чтение**

Moldavsky M. et al. (2001) Behavioral phenotypes of genetic syndromes: a reference guide for psychiatrists. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 749-761.

## Глава 25 МОЗГОВЫЕ НАРУШЕНИЯ

Предшествующая глава рассматривала психиатрические осложнения, связанные с генерализованной недостаточной обучаемостью - с известными мозговыми нарушениями и без них. Эта глава главным образом касается психиатрических последствий мозговых нарушений для тех индивидуумов, у которых помимо этого нет генерализованной недостаточной обучаемости.

### **Относительно редкий фактор риска**

Однозначные мозговые нарушения в детстве относительно редки, например эпилепсия встречается примерно у 0,5% детей, а церебральный паралич - у 0,2%. Современные данные говорят о том, что эти мозговые нарушения обычно обусловлены не перинатальными осложнениями, как считалось раньше, а генетическими факторами и пренатальными и постнатальными инсультами.

Весьма ограниченную поддержку получило понятие «континuum репродуктивных потерь». Эта теория предполагает, что в то время как тяжелые акушерские и неонатальные осложнения могут приводить к смерти, церебральному параличу или генерализованной недостаточной обучаемости, легкие акушерские осложнения чаще приводят к гиперактивности, специфическим проблемам с обучением или неуклюжестью, что иногда называют 'минимальной мозговой дисфункцией'. Поскольку у детей из социально неблагополучных слоев вероятность испытать акушерские и неонатальные осложнения выше, при изучении возможного влияния этих осложнений совершенно необходимо вводить поправку на социальное происхождение. Если это сделано, большая часть исследований указывает на то, что акушерские и неонатальные осложнения редко бывают причиной психиатрических проблем у детей без явных мозговых нарушений, если вообще бывают. Одно исключение из этого правила - увеличение трудностей с вниманием и, возможно, социальных у неврологически интактных детей, родившихся с весом менее 1500 г, обычно в результате выраженной недоношенности. Эти сильно недоношенные дети подвержены перивентрикулярному повреждению белого вещества, которое может и в отсутствие явных неврологических трудностей приводить к проблемам с вниманием, и этот результат, вероятно, только частично объясняется снижением среднего IQ.

### **Чрезвычайно мощный фактор риска**

Наличие явных мозговых нарушений - мощный фактор риска детских психиатрических проблем, имеющий значительно большее влияние, чем другие соматические расстройства. Это хорошо демонстрируют эпидемиологические данные нейропсихиатрического исследования на острове Уайт (Таблица 25.1). Чрезвычайно высокую частоту психиатрических проблем, связанную с церебральным повреждением, нельзя объяснить только выраженностью недееспособности или стигматизацией; кроме того, имеются убедительные доказательства прямых связей мозг-поведение. Например, поразительно, что в большой эпидемиологической выборке детей с

**Таблица 25.1** Нейропсихиатрическое исследование на острове Уайт (Rutter *et al.*, 1970)

У детей:	Доля с психическим расстройством (%)
Нет соматического расстройства	7
Соматическое расстройство, не затрагивающее мозг	12
Идиопатическая эпилепсия	29
Церебральный паралич и родственные расстройства, IQ>50	44

гемиплегическим церебральным параличом больше чем у половины были психические расстройства, несмотря на тот факт, что физическая недееспособность обычно была легкой, большинство детей были с нормальным интеллектом и посещали общеобразовательные школы. Другая иллюстрация неврологических факторов - недавнее эпидемиологическое исследование детского психического здоровья в Британии: дети с проблемами неврологического развития в общей популяции составляли лишь 3%, а среди детей с психическими расстройствами - 15%.

## **Риск каких психических расстройств?**

В первом приближении психиатрические проблемы детей с мозговыми нарушениями сходны с психиатрическими проблемами других детей: наиболее распространенные проблемы с психическим здоровьем в обеих группах - поведенческие и эмоциональные расстройства. Не существует отдельного «синдрома повреждения мозга». За пределами этого первого приближения имеются некоторые различия в акцентах. У детей с неврологическими проблемами все психические расстройства встречаются чаще, но, по-видимому, аутистические и гиперактивные расстройства представлены особенно избыточно. Например, в исследовании на острове Уайт у детей с церебральным параличом гиперкинез составлял 19% психических расстройств, а у неврологически интактных детей - только 1%.

Родители и учителя часто сообщают об оппозиционности и раздражительности детей с мозговыми нарушениями. И хотя часто они настолько выражены, что дают основание диагностировать оппозиционно-вызывающее расстройство, у таких детей относительно редко развивается более серьезное антисоциальное поведение, характерное для тяжелого расстройства поведения. Тревога, как и раздражительность, могут способствовать вспышкам ярости или горя. Встречаясь с требованиями, которые им трудно удовлетворить, дети с неврологическими проблемами легко могут оказаться на грани срыва. Эпизодические вспышки ярости гораздо более вероятно бывают поведенческими, а не эпилептическими, однако может потребоваться принять во внимание и последнюю возможность, особенно если приступы совершенно неспровоцированы или сопровождаются другие указаниями на эпилепсию, например, измененным сознанием или последующей потребностью во сне.

Специфическим неврологическим расстройствам может сопутствовать особенно высокий риск конкретных психиатрических проблем, например, Хорея Сиденгама связана с неожиданно высокой частотой обсессивно-компульсивного расстройства. Некоторые поведенческие последствия мозговых нарушений детского возраста становятся явными только во взрослом возрасте, например, у индивидуумов с аномалиями развития теменных долей - высокая частота шизофрении, начинающейся во взрослом возрасте. Современные данные говорят о том, что психиатрические последствия лево- и правосторонних повреждений мозга различаются мало. Исследования травм головы в детском возрасте не обнаружили систематических различий в частоте или типе психиатрических проблем, связанных с локализацией или временем травмы.

## **Взаимодействие с другими факторами риска**

Наличие мозгового нарушения, как правило, не делает детей иммунными к неблагоприятным воздействиям «обычных» психиатрических факторов риска, таких как воздействие разногласий между супругами. Являются ли дети с мозговыми нарушениями *более уязвимыми* для обычных факторов риска или просто *столь же уязвимыми*, - дискуссия об этом продолжается.

## **Опосредующие связи**

Возможных опосредующих связей между мозгом и поведенческими расстройствами много, хотя относительное значение различных связей еще предстоит установить. В некоторых случаях эта связь может быть относительно прямой, например аутистические нарушения могут просто отра-

жать повреждение систем мозга, участвующих в общении и социальном взаимодействии. В других случаях важную роль играют и психосоциальные факторы, такие как плохое представление о самом себе, нереалистичные семейные ожидания или отвергание сверстниками. Часто встречающиеся последствия аномалий мозга – специфические проблемы с обучением и IQ ниже среднего. При наличии этих проблем у детей больше стрессов, особенно если их потребности в специальном образовании не распознаются или не удовлетворяются (а именно так зачастую и бывает). Лечение соматического расстройства также может способствовать психиатрическим проблемам. Антиэпилептическое медикаментозное лечение может иметь неблагоприятные психиатрические последствия; регулярная физиотерапия может приводить к значительному негодованию из-за того, что потеряно время для игры; а повторные госпитализации могут нарушать семейные взаимодействия.

## Прогноз

Хуже ли прогноз любого установленного психического расстройства, если у ребенка еще и мозговое нарушение? Клиницисты и родители часто полагают, что да, и этот пессимизм может быть самоисполняющимся, если он ведет к неадекватно низким ожиданиям или к терапии «спустя рукава». Имеющиеся в настоящее время данные настолько ограничены, что предпочтительней работать, основываясь на более оптимистичном допущении, что прогноз психического расстройства не зависит от наличия или отсутствия существующих неврологических проблем. И действительно, семьи детей с мозговыми нарушениями часто особенно восприимчивы к профессиональному совету, а следовательно, им может быть легче помочь, чем средней семье, приходящей в детскую службу психического здоровья.

## Лечение

В целом психиатрические проблемы детей с мозговыми нарушениями следует лечить точно таким же способом, как и психиатрические проблемы неврологически интактных детей. Биологическое лечение ни более, ни менее полезно, чем в обычной психиатрической практике. Однако помните, что антиэпилептическое медикаментозное лечение может иметь поведенческие последствия, поэтому иногда может быть полезно изменить дозу или тип. Лечение, проводимое индивидуально, в семье и в школе, - все может быть полезно. Родителям часто помогает, если они услышат, что проблемы их ребенка – обычные последствия неврологического повреждения: тогда можно будет направить в более благотворное русло энергию, до того скованную самообвинением. Равным образом доступ к группе поддержки для родителей детей с таким же расстройством может уменьшить ощущение изоляции и беспомощности у семьи. Нейропсихологическая оценка сильных и слабых когнитивных сторон ребенка может дать полезную основу для совета школе и органам образования. Эмоциональные и поведенческие проблемы ребенка часто разительно уменьшаются, когда, наконец, уделяют внимание нераспознанным проблемам с обучением – будь то предоставление дополнительной помощи в общеобразовательной школе или перевод в специальную школу.

## Несколько специфических пунктов о конкретных связях мозг-поведение

- (1) Множество редких расстройств с деменцией в детском возрасте предъявляются потерей установившихся навыков и целым рядом дополнительных эмоциональных и поведенческих ненормальностей. И хотя ранние симптомы деменции могут копироваться чисто психосоциальными проблемами (такими, как сексуальное насилие), расстройство с деменцией следует принимать во внимание у любого ребенка, предъявляющего потерю навыков. Обязателен

полный физический осмотр, могут быть показаны и специальные исследования. Наличие психосоциальных стрессоров не исключает органического расстройства (например, и у ребенка, подвергшегося сексуальному насилию, и у ребенка, чья мать злоупотребляет наркотиками, помимо этого может быть ВИЧ энцефалопатия).

- (2) Припадки любой доли часто неправильно диагностируют как псевдоприпадки: движения, позы и вокализации могут быть причудливыми; приступы - краткими; их окончание - резким, с быстрым возвращением реагирования; а обычная ЭЭГ может быть бесполезной. Чрезвычайно полезно сочетание ЭЭГ мониторинга с видео.
- (3) Еще не ясно, имеют ли неблагоприятные психиатрические последствия легкие травмы головы (которые в детстве встречаются очень часто). Тем не менее, ясно, что после тяжелых травм головы часто встречаются серьезные когнитивные и психиатрические последствия, например после закрытых травм головы, приводящих к посттравматической амнезии на протяжении, по меньшей мере, двух недель. Психические расстройства развиваются примерно у половины выживших после тяжелых травм головы, особенно если у них перед травмой головы были небольшие эмоциональные или поведенческие проблемы, или если они подвергаются воздействию психосоциального неблагополучия, такого как материнская депрессия или перенаселенность. Риск психического расстройства не связан ни с возрастом, ни с полом, ни с локализацией травмы. И хотя психические расстройства, следующие за тяжелой травмой головы, по большей части включают такого же рода эмоциональные и поведенческие проблемы, которые преобладают в обычной детской психиатрической практике, иногда тяжелая закрытая травма головы приводит к своеобразному синдрому социальной расторможенности (напоминающему «синдром любой доли» у взрослых).

## **Обзор по теме**

Goodman R. (2002) Brain disorders. In Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 241-260.

## **Дополнительное чтение**

Goodman R., Yude C. (2000) Emotional, behavioural and social consequences. In Neville B., Goodman R. (eds) Congenital Hemiplegia: Clinics in Developmental Medicine. No 150, London: Mac Keith Press, pp. 166-178.

Rutter M. et al. (1970) A Neuropsychiatric Study in Childhood: Clinics in Developmental Medicine, No 35/36. SIMP/Heinemann, London.

Rutter M. et al. (1983) Head injury. In Rutter M. (ed) Developmental Neuropsychiatry Guildford Press, New York, pp. 83-111.

## Глава 26 РАССТРОЙСТВА РЕЧИ

Многие специфические нарушения речи сопровождаются повышенной частотой детских психиатрических проблем. Это неудивительно по трем причинам. Во-первых, нарушения речи и психиатрические проблемы иногда могут иметь общий источник - аномалии мозга, препятствующие «высшим функциям». Во-вторых, в нашей жизни господствует речь: это мощное орудие мышления и решения проблем; это наше основное средство, когда мы хотим что-нибудь получить от других; она играет ключевую роль в социальной сплоченности, так как человеческая беседа до некоторой степени выполняет такие же функции, как взаимный груминг у шимпанзе. Следовательно, нарушения речи, скорее всего, будут приводить к фрустрации и изоляции. И, наконец, одно и то же расстройство социального общения речевым психотерапевтом может быть истолковано как проблема речи, а специалистом по психическому здоровью - как психиатрическая проблема - торговец древесиной, ботаник и художник по-разному видят одно и то же дерево.

### **Эпидемиология**

Оценки распространенности специфических нарушений речи широко расходятся, в значительной степени отражая различия используемых определений. Одна крайность – тяжелые и устойчивые расстройства, приводящие к существенным социальным нарушениям и возникающие у детей с нормальным интеллектом, - довольно редки: их распространенность, вероятно, менее 0,1%. Другая крайность – широко определенные расстройства речи; их распространенность может достигать 15-25%, однако у многих этих детей относительно небольшие задержки или проблемы с артикуляцией, которые либо не приводят к социальным нарушениям, либо приводят к небольшим, и разрешаются без лечения. Между этими двумя крайностями, примерно у 1-5% школьников могут иметься значительные проблемы с речью. Какое бы ни использовалось определение, при всех расстройствах развития речи - выраженный избыток мужского пола: на каждую пораженную девочку приходится два или три пораженных мальчика.

### **Разновидности расстройств речи**

Расстройства развития речи могут затрагивать несколько различных аспектов речи (см. рамку 26.1). Расстройства речи включают:

**Рамка 26.1** Различные аспекты речи.

**Фонология/Артикуляция** имеет отношение к образованию звуков речи.

**Просодия** имеет отношение к выражению и пониманию тех аспектов общения, которые определяются тоном голоса и интонацией.

**Синтаксис** имеет отношение к образованию и пониманию грамматически правильных предложений.

**Семантика** имеет отношение к способности кодировать значение словами и декодировать значение из слов.

**Прагматика** имеет отношение к способности пользоваться речью и расшифровывать ее в соответствии с более широким социально-межличностным контекстом, например, использовать знание контекста, чтобы уловить скрытое сообщение, а не явно выраженное самими словами.

- (1) **Фонологически-синтаксические расстройства речи** включают проблемы с формой, а не с содержанием речи. Ребенок хочет общаться и говорит вполне соответствующие вещи, но имеются проблемы с артикуляцией, синтаксисом или и тем и другим. У некоторых детей *чистые артикуляционные проблемы*, без каких-либо других проблем с речью. Задержка или отклонение в образовании звуков речи приводят к тому, что таких дети труднее понять, в результате чего их могут дразнить. В случаях *расстройства экспрессивной речи*, речь развивается поздно, и синтаксические структуры на несколько лет отстают от возрастного уровня. Часто артикуляция тоже неправильная, но понимание в пределах нормы. *Расстройство рецептивной речи* встречается реже и почти всегда включает смесь проблем с пониманием речи, ее экспрессией и артикуляцией.
- (2) **Семантически-прагматическое расстройство** имеет отношение к недавно выделенному и довольно плохо определенному классу проблем, касающихся использования и содержания речи, а не ее формы. В типичном случае артикуляция и синтаксис в норме, и у ребенка хорошие оценки по формальным тестам речи, но имеются проблемы с повседневными разговорами и пониманием, которые родителям и учителям трудно описать. Понимание слишком буквальное, и ребенку не удается использовать знание контекста, чтобы осмыслить то, что говорят. Собственные попытки ребенка объяснить что-нибудь или рассказать историю не учитывают точку зрения слушателя, он упускает ключевые детали и ему не удается организовать изложение в связную последовательность. В речи ребенка могут преобладать бессвязные монологи или повторяющиеся вопросы. Часто встречаются просодические нарушения, например, монотонный голос или аномальная интонация. Неясна степень перекрывания между семантически-прагматическим расстройством и расстройствами аутистического спектра. Нет сомнения, что многие дети с семантически-прагматическим расстройством соответствуют всем критериям детского аутизма или синдрома Аспергера (с точки зрения сопутствующих социальных нарушений, ригидности и т.п.), но некоторые дети с семантически-прагматическим расстройством в другие отношениях могут быть относительно нормальны.
- (3) **Синдром Ландау-Клеффнера** (известен также как приобретенная эпилептическая афазия) - редкое расстройство, включающее потерю речевых навыков после периода нормального развития, начинается обычно в возрасте между 3 и 9. Потеря обычно постепенная, возникает, как правило, в течение месяцев, хотя может быть и быстрее. Сначала замечают рецептивную потерю - ребенок становится все больше и больше невосприимчивым к устной речи. В результате могут заподозрить глухоту, хотя тестирование показывает, что пороги слышимости нормальные. За потерей понимания следует потеря экспрессивной речи. Изменения речи сопровождаются аномалиями ЭЭГ, включающими пароксизмальные разряды, которые затрагивают оба полушария и часто независимо; часто эти изменения ЭЭГ наиболее выражены во время не-БДГ сна. Примерно у 50-70% пораженных индивидуумов возникают припадки, они обычно начинаются примерно тогда же, когда и афазия и принимают форму генерализованных или простых парциальных припадков, бывают нечасто и главным образом ночью. В начале часто встречаются растерянность, тревога и вспышки гнева, это может приводить к тому, что ребенка направляют к специалисту по детскому психическому здоровью, особенно когда нет заметных припадков, и невосприимчивость ребенка приписывают злому умыслу. Как правило, пораженные дети не проявляют аутистических нарушений социальных взаимодействий, но часто проявляют некоторую степень гиперактивности.

## **Дифференциальный диагноз и оценка**

Нарушение слуха - наиболее важный дифференциальный диагноз, поскольку оно встречается часто, есть эффективное лечение и промедление с этим лечением наносит серьезный ущерб пораженному ребенку. Поэтому совершенно необходимо, чтобы всем детям с задержкой речи

должным образом оценивали слух. Задержка речи может быть частью генерализованной недостаточной обучаемости, и эту возможность можно исключить только подходящими тестами общей умственной способности, которую при наличии тяжелых проблем с речью, очевидно, требуется оценивать тестами невербальных способностей. Точно так же, тесты общей умственной способности помогают отличить избирательную потерю речевых навыков при синдроме Ландау-Клеффнера от общей потери когнитивных навыков при прогрессивных деменциях детского возраста (глава 25). Общая психиатрическая оценка также важна, поскольку расстройства аутистического спектра (глава 4) обычно включают задержку и отклонения речи, и даже могут начинаться с «регресса» развития, при котором теряются установленные речевые навыки. Элективный мутизм (глава 15) имеет отношение к относительно редкой группе детей, которые могут понимать, что говорят другие люди, но ограничивают свою собственную речь малой группой хорошо знакомых людей в специфических обстоятельствах; вероятно, в большинстве случаев ключевой фактор - социальная тревога, но эта тревога может усугубляться существующими небольшими проблемами с речью. Специфических тестов артикуляции, а также экспрессивной и рецептивной речи много, в Соединенном Королевстве и США речевые психотерапевты и для скрининга и для диагностики специфических нарушений речи широко применяют Основы клинического оценивания речи (Clinical Evaluation of Language Fundamentals, CELF).

### **Прогноз развития речи**

Прогноз развития речи зависит и от типа расстройства речи и от наличия сопутствующих когнитивных нарушений. Когда расстройству речи сопутствует низкий IQ, прогноз, как правило, хуже. В пределах фонологически-синтаксических расстройств, наиболее высокая вероятность полного выздоровления - у детей с чистыми артикуляционными проблемами и наиболее низкая - у детей с расстройством рецептивной речи. Ребенок с расстройством рецептивной речи и нормальным IQ может достичь достаточного прогресса к взрослой жизни для того, чтобы довольно хорошо общаться, но некоторые заметные дефициты речи обычно сохраняются. По прогнозу семантически-прагматического расстройства информации мало, но исследования детского аутизма и синдрома Аспергера позволяют полагать, что дефициты в использовании и содержании речи могут быть очень устойчивы. При синдроме Ландау-Клеффнера прогноз очень разный, в некоторых случаях, особенно когда симптомы появляются возрасте до 5 лет, тяжелые проблемы устойчивы.

### **Вмешательства при расстройствах речи**

Было несколько рандомизированных контролируемых испытаний речевой и языковой терапии, которые показали:

- Когда у детей фонологические или экспрессивные расстройства речи, эффект от вмешательства значительный.
- У детей с трудностями в рецептивной речи результаты неубедительные, но немногие имеющиеся исследования не показали значительного эффекта от терапии.
- У детей с трудностями в экспрессивной речи, лечение, проводимое родителями под руководством специалиста, представляется столь же эффективным, как и лечение, проводимое клиницистами.
- Есть некоторые данные о том, что у детей с фонологическими или рецептивными трудностями речи, лечение, проводимое клиницистами, более эффективно.

## **Сопутствующие учебные трудности**

Тяжелые и устойчивые расстройства речи сопровождаются существенным риском учебных трудностей, даже если у ребенка нормальный интеллект (оцененный по невербальному IQ). Этот риск главным образом относится к проблемам с чтением и правописанием, хотя могут возникать и проблемы с математикой. У детей, полностью наверстивших речь, по-видимому, нет повышенного риска. Расстройства экспрессивной и рецептивной речи несут в себе больше риска, чем проблемы с артикуляцией. Чистые артикуляционные проблемы на самом деле могут и не приводить к повышенному риску учебных проблем.

## **Сопутствующие психиатрические и личностные проблемы**

Во многих исследованиях показано, что у детей с речевыми проблемами повышен психиатрический риск. В некоторых случаях психиатрический риск может непосредственно вытекать из самого расстройства речи, например, в результате дразнения, фрустрации и социальной изоляции, порожденных трудностями в общении. Однако в других случаях и речевые и психиатрические проблемы могут вытекать из одного когнитивного или нейробиологического расстройства, лежащего в их основе.

У детей с расстройством речи в основном имеется риск тревожных расстройств, проблем с социальными отношениями и дефицита внимания. У старших детей эти проблемы часто более заметны, чем у младших. Избыточных проблем с поведением немного или совсем нет. У детей с низким IQ особенно высокая частота психопатологии, но она также существенно выше и у детей с нормальным IQ. Психиатрический риск главным образом связан с экспрессивными и рецептивными речевыми проблемами, хотя дети с чистыми артикуляционными проблемами также могут быть больше подвержены эмоциональным проблемам.

У детей с рецептивными речевыми проблемами часто проявляется некоторая степень социальных нарушений, подобных аутистическим. По-видимому, они становятся более заметны, когда ребенок становится старше. В одном прослеживающем исследовании детей с рецептивными речевыми проблемами и нормальным IQ обнаружено, что во взрослой жизни более чем у половины были серьезные проблемы с социальными отношениями. Создалось впечатление, что неспособность устанавливать дружеские или любовные взаимоотношения во многих случаях отражала первичный недостаток социального интереса и навыков, а не была вторичным следствием социальных ограничений, наложенных трудностями в общении.

Эти результаты позволяют предполагать некоторого рода континуум между классическим аутизмом и расстройством рецептивной речи (помимо вероятного континуума между аутизмом и семантико-прагматическим расстройством), однако результат другого исследования с проследиванием указывает не на непрерывность, а на различия между аутизмом и расстройством рецептивной речи. Кажется, что аутизм не является фактором риска последующего психоза, тогда как расстройство рецептивной речи (с некоторыми аутистическими признаками или без них), по-видимому, действительно несет в себе повышенный риск яркого параноидного психоза в подростковом возрасте.

## **Обзоры по теме**

Bishop D.V.M. (2002) Speech and language difficulties. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 664-681.

Toppelberg C.O., Shapiro T. (2000) Language disorders: a 10-year research update review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 143-152.

## Дополнительное чтение

- Bishop D.V.M., Adams C. (1989) Conversational characteristics of children with semantic-pragmatic disorder. II: What features lead to a judgement of inappropriacy? British Journal of Disorders of Communications, 24, 241-263. (Эта статья полна примеров разновидностей аномалий речи, обнаруживаемых при семантически-прагматическом расстройстве.)
- Law J., Garrett Z. (2004) Speech and language therapy: its potential role in CAMHS. Child and Adolescent Mental Health, 9, 50-55.
- Mantovani J.F. (2000) Autistic regression and Landau-Kleffner syndrome: progress or confusion? Developmental Medicine and Child Neurology, 42, 349-353.
- Rutter M., Mawhood L. (1991) The long-term psychosocial sequelae of specific developmental disorders of speech and language. In: Rutter M., Casaer P. (eds) Biological Risk Factors for Psychosocial Disorders. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 233-259.

## Глава 27 ТРУДНОСТИ В ЧТЕНИИ

Трудности в чтении поражают до 10% детей и представляют особый интерес для психиатров, потому что между трудностями в чтении и поведенческими проблемами относительно сильные связи. В детском возрасте почти все трудности в чтении возникают в процессе развития, впрочем, повреждение мозга в среднем и позднем детстве может приводить к приобретенным расстройствам чтения, а деменции детского возраста приводят к прогрессивному ухудшению навыков чтения.

### **ИСХОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О НОРМАЛЬНОМ ЧТЕНИИ**

Когда дети начинают читать, они учатся распознавать небольшое число хорошо знакомых слов (например, свое собственное имя), основываясь на зрительных ключах в общем очертании слова. На этой ранней стадии они, как правило, не могут расшифровывать новые слова. Впоследствии, начиная понимать принципы соответствия «буква-звук», они приобретают фонологическую стратегию расшифровки менее знакомых слов. Со временем, когда чтение становится беглым, большинство слов распознается как единая сущность, и в фонологическом декодировании нет необходимости.

Хотя в беглом чтении участвует много лингвистических и перцептивных навыков, индивидуальное разнообразие способностей к чтению более тесно связано с лингвистическими, а не с перцептивными способностями. Так, фонологическое осознание дошкольников, оцененное, например, по их чувствительности к рифме и аллитерации, хорошо предсказывает, как они впоследствии будут учиться читать (даже если сделать поправку на влияние IQ). Улучшение фонологического осознания способствует улучшению последующих навыков чтения.

Большая часть близнецовых исследований позволяет полагать, что примерно 30-50% индивидуальных различий в способности детей к чтению обусловлено генетическим разнообразием. Серьезное влияние оказывают и средовые факторы, в т.ч. величина родительского вклада и качество школьного обучения.

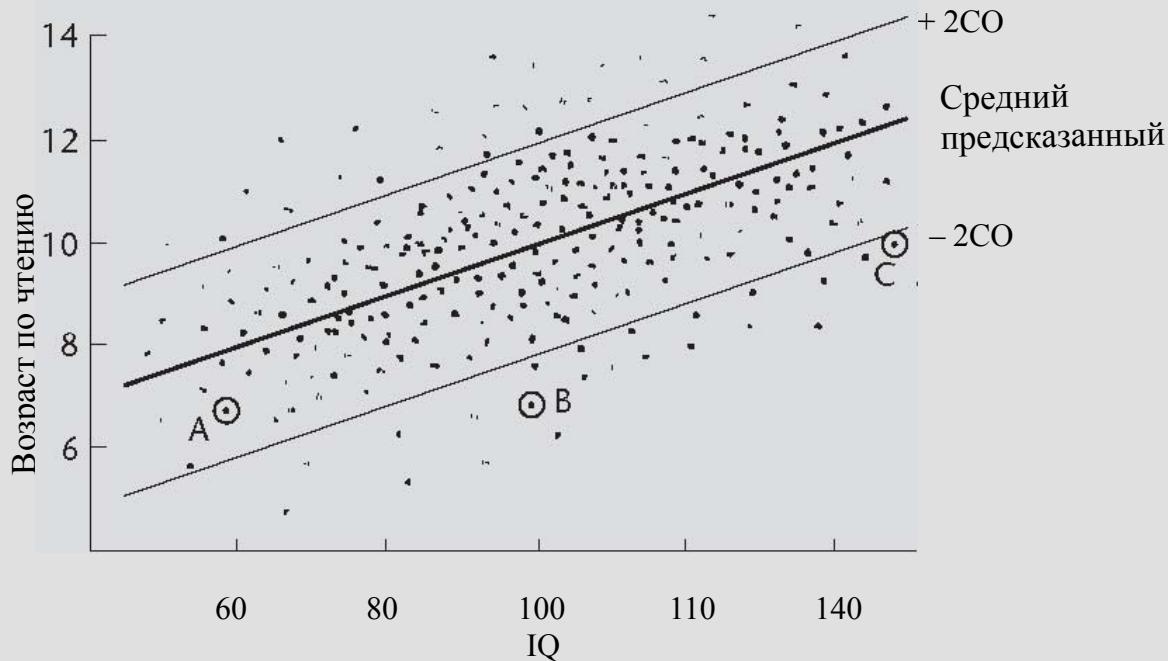
### **СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ В ЧТЕНИИ (СРЧ)**

У некоторых детей достижения в чтении существенно хуже, чем можно было бы ожидать, исходя из их возраста и IQ, тогда говорят, что них специфическое расстройство чтения (СРЧ). Тесты достижений в чтении могут оценить *четкость* чтения и *понимание* прочитанного. При оценке четкости чтения детей обычно просят читать слова или отрывки возрастающей трудности. В английском относительно легко решить, когда детям трудно прочитать конкретное слово, потому что они спотыкаются на нем или неправильно его произносят. В таких языках, как испанский, с очень предсказуемым правописанием, позволяющим детям легко произносить неизвестные слова, это решить труднее. При оценке понимания прочитанного детям задают вопросы по отрывку, который они прочитали, чтобы установить, насколько хорошо они поняли значение слов. Часто детям с СРЧ труднее даются тесты на четкость, а не на понимание, поскольку они могут использовать ключи в широком контексте, чтобы угадать общее значение, даже если не могут прочитать некоторые слова. С другой стороны, дети с *гиперлексией* хорошо выполняют тесты на четкость чтения, но не обязательно понимают, что они прочитали.

Взаимоотношения между возрастом по чтению и IQ в произвольном хронологическом возрасте схематично показаны во вставке 27.1. Корреляция между возрастом по чтению и IQ довольно существенна (коэффициент корреляции 0,6). Неудивительно, что более сметливые дети с большей вероятностью лучше читают. Однако стоит отметить, что предсказанный возраст по чтению, как правило, не равен умственному возрасту – имеется регрессия к среднему. Так, десятилетний с умственным возрастом в 13 лет в среднем не будет читать лучше 13-летнего уровня,

в то время как десятилетний с умственным возрастом в семь лет в среднем будет читать лучше семилетнего уровня. Примерно 95% детей попадают в пределы двух стандартных отклонений от предсказанного для них возраста по чтению. СРЧ имеет отношение к таким детям, как испытуемые В и С во вставке 27.1: их достижения в чтении более чем на два стандартных отклонения (СО) ниже предсказанного для них уровня чтения. В возрасте десять лет это примерно соответствует отставанию от предсказанного уровня на  $2\frac{1}{2}$  года. Большинство детей с СРЧ читают гораздо хуже среднего для своего хронологического возраста (например, испытуемый В во вставке 27.1), у некоторых очень сметливых детей с СРЧ на самом деле средние способности к чтению (например, у испытуемого С во вставке 27.1). И напротив, заметное запаздывание достижений в чтении (отставание в чтении) не обязательно подразумевает СРЧ, потому что плохие навыки чтения у ребенка могут соответствовать его низкому интеллекту (например, испытуемый А во вставке 27.1).

**Вставка 27.1** Схематическое представление взаимоотношений между возрастом по чтению и IQ в десятилетнем возрасте



Определять СРЧ на основе того, что достижения в чтении, по меньшей мере, на два СО ниже предсказанного уровня, до некоторой степени произвольно, однако эта граница действительно выявляет группу детей с существенным и устойчивым недостатком. Эти дети, по-видимому, определенно представляют дополнительный «горб» в нижней части кривой нормального распределения способности к чтению. Отличаются ли эти дети от детей, отстающих в чтении гораздо меньше (например, отставание только на 1 или  $1\frac{1}{2}$  СО), качественно или только количественно – это еще предстоит решить.

### Эпидемиология

СРЧ поражает 3-10% детей. Большинство исследований показывает, что у лиц мужского пола оно встречается в два-три раза чаще, чем у лиц женского пола. СРЧ чаще встречается у детей, чьи родители заняты физическим трудом, в отличие от других профессий. Распространенность

СРЧ в десятилетнем возрасте на острове Уайт была 4%, а в старой части Лондона - 10%; это различие можно было объяснить социальными, школьными и семейными факторами.

### **Сопутствующие признаки**

- (1) Правописание часто поражено тяжелее, чем собственно чтение, и проблемы с правописанием могут продолжаться, даже когда чтение станет достаточно беглым. Арифметические навыки, как правило, отстают не так сильно, как навыки чтения, хотя обычно бывает некоторая задержка.
- (2) Часто бывают серьезные и причудливые ошибки правописания. Обычно они нефонетические (например, «чунал» вместо «чулан»), а не фонетические (например, «виршина» вместо «вершина»). В основе ошибок при чтении часто лежат попытки угадать слово из его очертания, а не ошибочные попытки расшифровать слово фонологически. И при чтении, и при письме буквы и слова могут переворачиваться, например «з» вместо «е», «д» вместо «б», «сон» вместо «нос», этот феномен иногда обозначают *стрефосимболией*.
- (3) У детей с СРЧ чаще, чем у других детей, встречаются нарушения неврологического развития и нейропсихологические нарушения, в т.ч. смешение левого и правого, плохая координация, плохие конструктивные способности, моторная неустойчивость и аномалии речи. Очерчиваются ли эти сопутствующие симптомы специфический синдром дислексии - будет рассмотрено позже. У детей с ранней задержкой речи, а затем полностью наверстивших, риск последующего СРЧ не выше.
- (4) Дети с СРЧ охватывают диапазон IQ от очень сметливых до очень тупых. Средний IQ у детей с СРЧ – как в популяции или немного ниже. Обычно верbalный IQ ниже, чем IQ деятельности. Это может отражать не только то, что в центре СРЧ – языковые, а не зрительно-пространственные дефициты, но также и тот факт, что у мало читающих детей меньше возможности укреплять навыки, выявляемые вербальными субтестами.
- (5) Эпидемиологические исследования не подтверждают клинические сведения о том, что при СРЧ избыточно представлена леворукость или смешанное доминирование. В одном недавнем эпидемиологическом исследовании среди детей с СРЧ обнаружен избыток и ярко выраженных левшей, и ярко выраженных правшей.
- (6) СРЧ чаще встречается среди детей из больших семей.
- (7) СРЧ сопутствует множество психиатрических проблем, как подробно изложено в конце этого раздела.

### **СРЧ и отставание в чтении**

Есть ли какой-нибудь смысл в проведении различия между СРЧ и плохим чтением, соответствующим IQ ребенка, например в различии между испытуемыми А и Б во вставке 27.1? Ответ вызывает сомнения. Некоторые исследователи утверждают, что для их различия мало практических оснований. Другие утверждают, что СРЧ и отставание в чтении следует различать потому, что у них разный прогноз и разные сопутствующие признаки (вставка 27.2).

## **Вставка 27.2 Различия между расстройством чтения и отсталостью чтения**

Сильнее связь с:

Расстройством чтения    Отставанием в чтении

Плохой прогноз для чтения	√
Выраженное преобладание мужского пола	√
История относительно специфических проблем развития речи и языка	√
История широко распространенных задержек развития	√
Явное неврологическое расстройство	√
Социальное неблагополучие	√

## **СРЧ и дислексия развития**

Существует ли такая подгруппа детей с СРЧ, которая служит оправданием для диагноза дислексии развития на том основании, что их проблемы с чтением входят в состав более широкого синдрома неврологического развития, явно конституционального, а не средового? Эпидемиологические данные исследования на острове Уайт не поддерживают представление о чисто дислексической подгруппе. Несмотря на то, что у детей с СРЧ на самом деле больше вероятность других проблем - неврологического развития и нейропсихологических (плохая координация, конструктивные трудности, смешение левого и правого и т.п.), у большинства этих детей - только одна или две из этих дополнительных проблем, и не было доказательств в пользу двух отдельных групп детей: дислексической, со многими сопутствующими проблемами, и недислексической, с немногими или совсем без них. Более того, было ли у ребенка с СРЧ много или немного сопутствующих проблем неврологического развития не имело значения для прогноза, реакции на лечение, вероятности сопутствующих психиатрических проблем и вероятности наличия проблем с чтением в семейной истории.

В настоящее время немного оснований для того, чтобы отличать дислексию развития от СРЧ. Некоторые педагоги-теоретики и исследователи стараются совсем не пользоваться термином «дислексия», тогда как другие используют этот термин, чтобы выделить группу детей с особенно выраженным дефицитом фонологических навыков (даже если некоторые из этих детей компенсировали этот дефицит и хорошо читают). Заманчиво отказаться от столь спорного термина. Однако в реальном мире обозначение «дислексия» широко признано, обычно передает сообщение о том, что проблемы ребенка с чтением - не следствие глупости или лени, и иногда дает ребенку важные практические преимущества (например, дополнительное время на экзаменах). Учитывая это, нет причин отказывать любому ребенку с СРЧ в обозначении «дислексия» (независимо от того, присутствуют ли дополнительные симптомы неврологического развития или нет), если это в целом идет ребенку на пользу.

## **Причинность СРЧ**

СРЧ – не однородное заболевание, тем не менее, неясно, как лучше всего концептуализировать эту гетерогенность – размерно или категориально. Представляется вероятным, что этиология и патогенез СРЧ также гетерогенны.

В большинстве случаев центральными представляются фонологические проблемы. Из-за них пораженному индивидууму гораздо труднее увеличить свой словарь для чтения, произнося

вслух новые слова и таким образом знакомясь с ними. В меньшей части случаев зрительно-перцептивные проблемы могут быть более важными, чем проблемы, связанные с языком. Значение аномалий регуляции вергенции или доминирования глаз спорно. О детях, которые хорошо выполняют тесты на четкость чтения, но плохо – на понимание прочитанного, мало что известно, за исключением того, что у них обычно плохой словарь и синтаксические навыки, и им не удается использовать ключи из контекста.

СРЧ первоначально изучено в англоязычных популяциях. Не отражает ли связь между фонологическими проблемами и СРЧ главным образом пресловутую непредсказуемость английского правописания? Удивительно, но фонологические проблемы связаны с СРЧ и в фонологически предсказуемых языках, таких как итальянский и немецкий. Детям с СРЧ, говорящим на этих языках, не так трудно произносить слова вслух, но автоматизация этого процесса составляет проблему.

Исследования близнецов и семей продемонстрировали существенную наследуемость. В исследованиях сцепления были вовлечены гены на хромосомах 15q и 6р. Психосоциальная окружающая среда также имеет огромное значение, это, например, показывает тот факт, что в старой части Лондона СРЧ встречалось в два раза чаще, чем на острове Уайт.

У детей с неврологическими нарушениями (например, с церебральным параличом или эпилепсией) вероятность СРЧ в несколько раз больше, чем у неврологически интактных детей с со-поставимым IQ. Предполагается, что у детей с дислексией в отсутствие явных неврологических расстройств, СРЧ возникает в результате аномалии развития зон левого полушария, имеющих отношение к языку. Нейроанатомические и нейрорадиологические исследования направили интерес на *planum temporale* - область височной доли, участвующую в фонологической обработке. У нормально читающих индивидуумов *planum temporale* на левой стороне мозга обычно больше, чем на правой, однако у индивидуумов с СРЧ эта асимметрия, по-видимому, часто бывает утрачена. Интригует недавно обнаруженный избыток ярко выраженных левшой и ярко выраженных правшой среди детей с СРЧ. В генетической модели рукости Annett предполагается, что ярко выраженные левши и правши - преимущественно гомозиготы, тогда как нечеткие и умеренно выраженные правши - преимущественно гетерозиготы. Возможно, что гетерозиготы имеют преимущество при чтении (аналогично преимуществу гетерозигот при такой черте, как серповидные эритроциты).

## **Вмешательства при СРЧ**

Родители и учителя слишком часто считают детей с СРЧ глупыми или ленивыми. Эти взгляды имеют тенденцию усугублять плохое представление о себе, созданное повторными неудачами в учебных заданиях. Информирование учителей, родителей и детей о том, что проблемы с чтением - не просто следствие низкого интеллекта или недостаточных усилий, может оказаться серьезное влияние и способствовать хорошим, благоприятным аттитюдам - и более реалистичным, и более положительным. Поскольку некоторые родители думают, что дислексия - признак особой одаренности, важно избегать противоположной ошибки и не поощрять нереалистично высокие ожидания, особенно если у ребенка средний или ниже среднего интеллект. Перечислять знаменитых людей с дислексией необязательно.

Некоторые дети с СРЧ могут дополнительно получать помочь по чтению и правописанию, оставаясь в общеобразовательной школе. В тяжелых случаях, а также когда трудности ребенка с грамотностью - непреодолимая преграда для учебных успехов по всем другим предметам, может быть полезно помещение в специальную школу или подразделение. Некоторые школы специализируются прямо по «дислексии», тогда как другие обслуживают целый ряд проблем с обучением, в т.ч. и СРЧ.

В прошлом большинство вмешательств, направленных на улучшение чтения, приносили краткосрочные плоды, но не давали длительных приобретений. Новейшие вмешательства, сочетающие инструкции по чтению с интенсивным воздействием на фонологическое осознание и тре-

нингом мотивации, представляется более обещающими. Усиление участия родителей в чтении своих детей также может быть благотворным.

## **Прогноз СРЧ**

Дети с СРЧ редко наверстывают полностью, и многие отстают все больше и больше - не потому что они теряют навыки, а потому что каждый год они прогрессируют меньше, чем их нормальные сверстники. Прогноз по чтению лучше при высоком IQ и социально-экономическом происхождении. Поскольку учебные трудности устойчивы (проблемы с правописанием часто даже более устойчивы, чем проблемы с чтением), дети с СРЧ обычно заканчивают школу с плохой квалификацией, даже если у них нет сопутствующих поведенческих проблем. В результате того, что квалификация у них хуже, а проблемы с грамотностью продолжаются, во взрослой жизни они с большей вероятностью, чем их сверстники, будут заниматься физическим трудом.

## **Психиатрическое сопровождение расстройств чтения**

Во многих исследованиях показано, что СРЧ довольно сильно связано с расстройством поведения и делинквентностью. Например, среди десятилетних на острове Уайт расстройство поведения было у трети детей с СРЧ, и у трети детей с расстройством поведения было СРЧ. Последние данные говорят о том, что первичная связь может быть не между СРЧ и расстройством поведения, а между СРЧ и гиперактивностью. Поскольку гиперактивность тесно связана с расстройством поведения и делинквентностью, прямая связь СРЧ с гиперактивностью приведет к непрямой связи СРЧ с расстройством поведения и делинквентностью. (Наличие непрямой связи не исключает возможности того, что существуют и прямые связи: иногда фрустрация, созданная проблемами с обучением и неудачами в школе, подпитывает расстройство поведения и делинквентность.)

Почему проблемы с чтением и поведением обычно сосуществуют? Есть три возможных ответа, и каждый из них может быть верным, по меньшей мере, в некоторых случаях. Во-первых, проблемы с поведением могут приводить к вторичным проблемам с чтением. И хотя, несомненно, правдоподобно, что деструктивное поведение в классе мешает учебным успехам ребенка, эмпирических доказательств этому немного. Во-вторых, проблемы с чтением могут приводить к вторичным поведенческим проблемам. Результаты исследования на острове Уайт позволяют полагать, что СРЧ обычно приводит к вторичным проблемам с поведением, возможно, в результате фрустрации и маргинализации, порожденных неудачами в школе. И, наконец, проблемы с чтением и поведением могут возникать вместе, потому что у них общие предшественники - конституциональные или средовые. Несколько исследований позволяют полагать, что ключевым предшественником проблем и с чтением, и с поведением может быть гиперактивность. Имеет значение, что поведенческие проблемы и плохие навыки, предваряющие чтение<sup>22</sup>, связаны уже у дошкольников, т.е. задолго до того, как поведенческие проблемы ребенка могли бы помешать учебе в школе, и до того, как учебные проблемы могли бы привести к маргинализации ребенка.

Исследования с прослеживанием позволяют полагать, что у детей с СРЧ, свободных от сопутствующих психических расстройств в среднем детстве, в подростковом возрасте психиатрические проблемы развиваются не чаще, чем у сверстников (возможное исключение - повышенный риск проблем с самообладанием у девочек-подростков с СРЧ).

Когда СРЧ осложняется проблемами с поведением, прогноз у тинейджеров (с 13 до 20) хуже. Эти индивидуумы с большей вероятностью при первой возможности покидают школу, не получают никакой квалификации, берутся за неквалифицированную работу, и имеют плохой послужной список.

Несмотря на то, что СРЧ сопутствует относительно высокий риск неблагоприятных психиатрических и психосоциальных исходов в детском и подростковом возрасте, исследования с проследиванием позволяют полагать, что во взрослом возрасте влияние на приспособление гораздо менее выражено. Хотя во взрослом возрасте серьезные проблемы с грамотностью обычно сохраняются, взрослые могут соответственно приспособить выбор профессии и стиля жизни и проявляют не больше психиатрических и социальных проблем, чем контрольные.

## **Обзор по теме**

Snowling M. J. (2002) Reading and other learning difficulties. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 682-696.

## **Дополнительное чтение**

Annett M. et al. (1996) Types of dyslexia and the shift to dexterity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 167-180. (В этой статье обсуждается генетическая модель рукости Аннет и латерализация мозга и их возможные взаимоотношения с трудностями в чтении.)

Maughan B. et al. (1996) Reading problems and antisocial behaviour: developmental trends in comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 405-418.

Vellutino F.R. et al. (2004) Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 2-40.

## Глава 28 НЕНАДЕЖНАЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ

В этой главе обсуждается развитие образцов привязанности – процесса, который должен возникать у всех молодых млекопитающих. Распространенных образцов привязанности - множество, некоторые из них называют надежными, а другие – ненадежными. Как будет описано в этой главе дальше, по меньшей мере, некоторые формы ненадежной привязанности - факторы риска психопатологии. Ненадежная привязанность встречается часто и не обязательно связана с психопатологией, тогда как резко выраженные расстройства привязанности редки и обязательно включают психопатологию. Расстройства привязанности рассмотрены отдельно в главе 16.

### Природа привязанности

На протяжении более 25 лет на клиническое и научное мышление о привязанности сильное влияние оказывали теории и труды Джона Боулби (John Bowlby, 1907-1990), британского психиатра и психоаналитика, который вышел далеко за традиционные пределы этих дисциплин, много почерпнув из этологии и кибернетики. Поведение исследуют многие дисциплины, но этологи исследуют поведение животных (в т.ч. и поведение человека) с точки зрения, придающей особое значение экологическим и эволюционным соображениям. Этологи рассматривают не только форму конкретного типа поведения, но и функцию, спрашивая, почему это поведение адаптивно в той экологической нише, которую этот биологический вид заполнил в процессе эволюции. В этом контексте привязанность лучше всего понимать как регулирование баланса между безопасностью, с одной стороны, и исследованием и игрой – с другой. Одна крайность – молодой примат, неизменно цепляющийся за родителя, будет относительно надежно защищен от хищников, но не научится жизненно важным навыкам независимости. Другая крайность – чрезмерно независимый юнец может приобрести много полезных навыков, но встретить преждевременную смерть. Ключевые взрослые служат «надежной основой» – от нее ребенок отправляется исследовать, и отступает назад к этой основе, когда ему угрожают, и он нуждается в защите.

Согласно Боулби, потребность ребенка в привязанности к защищающим фигурам – столь же основная и важная, как и потребность в пище. Это опровергает более ранние психоаналитические теории о том, что дети привязываются потому, что связывают родителей с пищей – в теории объектных отношений это «любовь к буфету». Взгляд Боулби поддержали знаменитые (и душераздирающие) эксперименты Харлоу (Harlow) с младенцами обезьян. Будучи разлученными со своими матерями, младенцы обезьян большую часть времени проводили, цепляясь за модель, покрытую мягкой тканью, а не за проволочную модель, от которой они получали молоко. Теория любви к буфету предсказывает противоположное, а именно, что младенцы будут связывать комфорт с проволочной моделью, предоставляющей им пищу.

На представления Боулби о привязанности огромное влияние оказала кибернетика, которая рассматривает, какими способами система использует информацию для того, чтобы достичь своих целей. Потенциальные стратегии можно проиллюстрировать различными способами, которыми можно сконструировать систему отопления для поддержания относительно постоянной комнатной температуры, которая будет *контролируемой переменной*. Термостат внутри дома предоставляет *обратную связь* – информацию о контролируемой переменной, усиливая отопление, когда комнатная температура слишком низкая. Обратная связь замыкает контур: система отопления влияет на комнатную температуру, а комнатная температура посредством обратной связи влияет на систему отопления. Альтернативная стратегия управления – использовать информацию от *переменных-предикторов*, ее иногда называют *прямой связью*. Один из примеров – система отопление, которую включают осенью и выключают весной – грубый метод, одобренный во многих больницах Соединенного Королевства. Более изощренная система могла бы использовать наружный термостат, который включал бы отопление, когда на улице холодно. Информация от переменных-предикторов не входит в контур: хотя время года и наружная темпера-

тура влияют на систему отопления, обратное не выполняется. Таким образом, обратная связь идет от контролируемых переменных, тогда как прямая связь – от переменных-предикторов.

Чтобы поддерживать оптимальный баланс между безопасностью и исследованием, поведение привязанности отчасти регулируется прямой связью от переменных-предикторов. Так, в эволюционном смысле детям полезно приближаться к защищающим взрослым, когда они больны, когда поблизости незнакомые люди и когда темно. Это управление с прямой связью дополняется обратной связью от контролируемых переменных. Например, если вы понаблюдаете маленьких детей, исследующих парк, вы увидите, что обычно они ведут себя так, будто привязаны к своим воспитателям длинным эластичным шнуром: отваживаются самостоятельно удалиться, но затем снова возвращаются к воспитателю. Поведенческую систему, удерживающую ребенка от того, чтобы забрести слишком далеко, можно рассматривать как систему обратной связи, в которой контролируемой переменной является расстояние между воспитателем и ребенком. Так, слишком большое расстояние между ребенком и воспитателем активирует у ребенка поведение привязанности и снова возвращает ребенка на оптимальное расстояние, во многом таким же способом, как слишком низкая комнатная температура активирует систему отопления, регулируемую обратной связью, и снова поднимает температуру.

Большое разнообразие поведения привязанности может служить цели держать ребенка достаточно близко к воспитателю (точно также как большое разнообразие обогревателей может служить цели держать дом достаточно теплым). Наиболее очевидный вид поведения привязанности - способность ребенка ползти и идти к взрослому, но эффективными методами, приводящими воспитателя ближе, также являются зов, милые улыбки и плач. Сходную роль может выполнять и гнев ребенка при разлучении с воспитателем: вспышки ярости могут мотивировать воспитателей поддерживать в будущем еще более близкий контакт, чтобы избежать дальнейших вспышек. Однако гнев – довольно рискованная стратегия, поскольку воспитателя «поневоле» он может побудить в будущем еще с меньшей вероятностью оставаться рядом с ребенком. Когда у ребенка воспитатель поневоле, то лучшая стратегия – свести требования к минимуму, поскольку воспитатель поневоле – лучше, чем совсем никакого воспитателя.

Как правило, во второй половине первого года жизни у детей развивается отчетливая привязанность к относительно небольшому числу людей, которых часто описывают как «*фигуры привязанности*». У многих детей имеется иерархия фигур привязанности, например, ребенок, привязанный к обоим родителям, может обычно обращаться за утешением и защитой к матери, а не к отцу, когда присутствуют оба. И если в раннем младенчестве разлука со знакомыми воспитателями переносится относительно хорошо, когда замещающий уход хороший, то разлука с фигурами привязанности в более старшем возрасте – более стрессирующая, особенно для детей в возрасте примерно между шестью месяцами и четырьмя годами. Влияние разлуки с фигурой привязанности и ее потери обсуждается в следующей главе.

Теория привязанности была настолько доминирующей темой в психологии развития, что иногда преуменьшались другие составляющие взаимоотношений родителя с ребенком, например игра, обучение и установление пределов. Относительная важность этих аспектов взаимоотношений родителя с ребенком разнится в пределах одной культуры и в различных культурах.

Собрав вместе элементы когнитивной психологии и психоаналитической теории объектных отношений, Боулби предположил, что маленькие дети усваивают свой опыт с фигурами привязанности, создавая *внутренние рабочие модели* самих себя, других людей и своих взаимоотношений с другими. Дети, испытавшие чуткое и отзывчивое воспитание, обычно приходят к тому, что считают других заботливыми и надежными, а себя – достойными любви и заботы. И напротив, дети, которых отвергают или игнорируют, обычно приходят к тому, что считают других незаботливыми и ненадежными, а себя – непривлекательными и недостойными. Позднее в детстве и во взрослом возрасте поведение индивидуума по отношению к другим часто создает новые взаимоотношения, соответствующие предшествующим ожиданиям. Например, если вы предложите, что другие люди незаботливы, и будете соответственно с ними обращаться, это снизит вероятность того, что они будут о вас заботиться, – ваши ожидания оказались самоисполняющими. Это один из факторов, подкрепляющих ваши ожидания. Другой фактор - наша склонность

избирательно замечать и точно запоминать те аспекты нашего опыта, которые подкрепляют наши внутренние рабочие модели, игнорируя или забывая противоречащий им опыт. Представление о том, что внутренние рабочие модели являются ключевым связующим звеном между ранним опытом привязанности и более поздними социальными и психологическими последствиями, привлекательно, но подтверждающие исследования только начинаются.

## **Надежная и ненадежная привязанность**

Хотя почти у всех детей развиваются привязанности, качество этих привязанности сильно различается. Во многих исследованиях этого предмета использовали процедуру «*Незнакомая ситуация*» (ПНС), разработанную Мэри Эйнсворт (Mary Ainsworth) для изучения привязанности у детей 12-18 месяцев. При этой процедуре, младенец примерно 20 минут проводит в незнакомой комнате, пока за ним наблюдают через прозрачный с одной стороны экран или с помощью телекамеры. Одна из фигур привязанности ребенка и незнакомый взрослый входят в комнату и покидают ее в заранее определенной последовательности (вставка 28.1). Не предполагается, что эта весьма искусственная процедура представляет собой обычный для ребенка опыт. Также как кардиологи и эндокринологи применяют «стессовые тесты» для того, чтобы выявить скрытую патологию, которая может не проявляться в обычных обстоятельствах, так и ПНС является стрессовым тестом, предназначенным для того, чтобы показать, как ребенок справляется с тройным испытанием: незнакомая обстановка, присутствие незнакомого и разлука с фигурой привязанности. Когда ПНС впервые вводилась, особое значение придавали тому, насколько расстроенным становился ребенок в течение разлуки (стадии 3 и 5 во вставке 28.1). Однако вследствии стало ясно, что степень страдания по поводу разлуки главным образом связана с темпераментом ребенка, а не с надежностью его привязанности. В результате сейчас уделяют больше внимания реакции ребенка на воссоединения (стадии 4 и 7 во вставке 28.1).

### **Вставка 28.1 Процедура «Незнакомая ситуация»**

Семь стадий показаны ниже временными линиями. Обычно каждая стадия длится три минуты, однако стадии разлуки сокращают, если ребенок действительно расстроен. Последовательность включает две разлуки и два воссоединения в течение примерно 20 минут.



В первоначальной классификации АВС информация ПНС использовалась для того, чтобы классифицировать детей, надежно или ненадежно привязанных к конкретному воспитателю: надежная привязанность - тип В, а ненадежную привязанность разделяют на тип А (избегающая) и

тип С (сопротивляющаяся-амбивалентная). За последнее время были выявлены дополнительные разновидности ненадежной привязанности (тип D - дезорганизованная-дезориентированная); теперь в эти новые категории включают детей, которых раньше распределяли по категориям А, В и С. В таблице 28.1 показано характерное поведение ребенка, наблюдаемое при каждом типе привязанности. Кроме того, в этой таблице показана приблизительная частота каждого типа в нормативных американских выборках, а также воспитательные стили, которые чаще всего их сопровождают, и возможная классификация типов привязанности самого воспитателя, выявленной в Интервью привязанности взрослых (см. ниже).

Очевидно, что надежная привязанность лучшее, чем ненадежная, но так ли это? Как обсуждается дальше, верно то, что надежная привязанность действительно способствует последующему счастью и социальному успеху, по меньшей мере, среди американцев среднего класса. Однако с эволюционной точки зрения, важно помнить, что ненадежная привязанность вполне может быть адаптивной реакцией на неблагоприятные обстоятельства, во многом таким же образом, как ограниченный рост (задержка роста) - адаптивная реакция на хроническое недоедание. Если воспитатель отвергающий, то избегающая привязанность (тип А) может быть наиболее адаптивной стратегией ребенка, чтобы получить какой-нибудь уход, не рискуя тем, что от него совсем откажутся. «На безрыбье и рак - рыба». И напротив, если воспитатель поглощен своими мыслями и склонен игнорировать ребенка, то чрезмерное поведение привязанности (тип С) может быть для ребенка наиболее адаптивной стратегией, для того, чтобы удовлетворить свои потребности. «Дитя не плачет, мать не разумеет». Бывает ли когда-либо адаптивной дезорганизованная привязанность (тип D) - еще не ясно.

Относительная частота типов привязанности ABCD, оцененных с помощью ПНС, разнится в пределах одной культуры и в различных культурах. До некоторой степени это может быть артефактом, обусловленным процедурой оценки. Так, в Японии описана повышенная частота сопротивляющейся привязанности, однако это может быть потому, что маленькие японские дети настолько редко разлучаются со своими матерями, что ПНС стрессирует их гораздо больше, чем их американских и европейских сверстников. Соответственно, она гораздо более вероятно вызывает выраженное и продолжительное цепляние. Представляется менее вероятным, что такие артефакты объясняют два других межкультурных различия. Повышенная частота избегающей привязанности в Северной Германии, возможно, отражает присущее этой культуре подталкивание к ранней независимости; а в Израиле повышена частота сопротивляющейся привязанности в кибуце, где маленькие дети спят в детском доме – в этой обстановке, прежде чем воспитатель откликнется, может понадобиться, чтобы плач и страдание были интенсивными и продолжительными. Во многих исследованиях американских младенцев, проводивших большую часть недели в детских учреждениях, также зарегистрирована повышенная частота ненадежной привязанности, и это, возможно, отражает плохое качество некоторых из этих детских учреждений.

Частоту ненадежной привязанности повышают неблагоприятные семейные факторы, такие как материнская депрессия, материнский алкоголизм и насилие в отношении ребенка. Это наиболее очевидно для дезорганизованной привязанности – той разновидности ненадежной привязанности, которая лучше всего предсказывает проблемы в будущем (см. ниже). Так, частота дезорганизованной привязанности варьирует от примерно 15% в выборках полных семей из среднего класса до более чем 80% в семьях, плохо обращающихся с детьми.

Классификация ABCD, выведенная в ПНС, специфична для той пары ребенок-воспитатель, которую оценивали. Ребенок, проявляющий надежную привязанность к одному родителю, при повторной оценке с другими воспитателями может оказаться ненадежно привязанным к другому родителю, няне или воспитателю в яслях. Соответственно некоторые маленькие дети аналогично привязаны ко всем своим воспитателям, а у других - смесь надежных и ненадежных привязанностей. Современные данные свидетельствуют о том, что в этой последней группе со смешанными типами привязанности на последующее развитие особенно влияет качество привязанности к наиболее значимому воспитателю. Какой попечитель наиболее значим? По-видимому, имеет значение количество контактов, поскольку в нескольких исследованиях показано, что

**Таблица 28.1 Классификация привязанности ABCD**

Тип	Характерное поведение ребенка (ПНС)*	Примерная доля в неклинических выборках, %	Вероятный стиль воспитания	Возможный тип привязанности воспитателя (ИПВ)**
A = Избегающая	Исследует, мало обращаясь к воспитателю. Минимально расстроен разлукой. Избегает или игнорирует воспитателя при воссоединении.	15%	Активно отвергающий поведение привязанности или нечутко навязчивый. Недостаток нежности. Подавленный родительский гнев.	Отклоненная
B = Надежная	Использует воспитателя как надежную основу для исследования. Может быть расстроен разлукой. При воссоединении положительно приветствует воспитателя, может искать утешения, затем снова продолжает игру/ исследование.	60%	Чуткий к сигналам ребенка. Восприимчивый к потребностям ребенка. Быстрая реакция на страдание, амортизирующая отрицательные эмоции.	Автономная
C= Сопротивляющая-ся-амбивалентная	Исследование минимально. Сильно расстроен разлукой. При воссоединении с трудом успокаивается, амбивалентная смесь цепляния и гнева.	10%	Отзывчивость минимальная или непоследовательная.	Озабоченная
D = Дезорганизован-ная-дезориентирован-ная	Нет связной картины поведения при исследовании и воссоединении. Дезорганизованное и дезориентированное поведение, например, раскачивание, закрывание лица, застывание, неожиданные чередования приближения и избегания, - позволяют предполагать страх и замешательство в присутствии воспитателя.	15%	Родительское поведение – устрашающее или непредсказуемое. Не реагирует на обращения младенца. Отвергает сообщения и цели младенца. Посыпает младенцу двоякие сообщения, например, протягивает к нему руки и отступает.	Неразрешившаяся

\* ПНС = процедура «Незнакомая ситуация»

\*\*ИПВ = Интервью привязанности взрослых

если младенцы проводят большую часть времени бодрствования в дневных яслях, их развитие лучше предсказывается качеством привязанности к персоналу яслей, чем качеством привязанности к родителям. Одно важное следствие этого – «качественное время», проведенное с родителями, возможно, не полностью сводит на нет вредное влияние продолжительного пребывания младенцев в дневных яслях низкого качества.

## Привязанность на протяжении жизни

ПНС тестирует надежность привязанности детей в возрасте 12-18 месяцев, а для детей 3-4 и 5-7 лет разработаны две новейших оценки. В этих новейших оценках также выводятся категории ABCD на основании реакции ребенка на воссоединение с воспитателем.

Классификация привязанности ребенка, как правило, стабильна. Одно из объяснений этой стабильности - то, что внутренняя рабочая модель взаимоотношений ребенка устанавливается рано в детстве, а затем не поддается изменениям. Альтернативное объяснение – то, что семейные обстоятельства, как правило, стабильны, например чуткая и отзывчивая к своему младенцу мать, спустя несколько лет, вероятно, будет по-прежнему чуткой и отзывчивой к этому ребенку и тем самым будет содействовать надежной привязанности в каждом возрасте. Один из способов провести различие между этими альтернативными объяснениями – исследовать, что происходит, когда семейные обстоятельства заметно изменяются к лучшему или к худшему. Например, что произойдет, если воспитателей ненадежно привязанных младенцев научат быть более чуткими и отзывчивыми? Будет это иметь последствия или нет, потому что ранний опыт уже необратимо вылепил детей? Или же дети станут надежно привязанными, потому что имеет значение текущее, а не предшествующее воспитание? Ограниченные данные, которые имеются, поддерживают промежуточный ответ, а именно, что опыт ранней привязанности обычно действительно имеет длительные последствия, которые нельзя просто приписать непрерывности среды. Однако эти последствия не полностью необратимы и могут быть ослаблены и даже изменены на противоположные радикальным изменением жизненных обстоятельств.

Недавно произошел всплеск интереса к привязанности во взрослой жизни. В близких взаимоотношениях взрослых обычно имеется компонент привязанности, предоставляющей надежность, утешение и источник доверия. Однако в отличие от детства, взаимоотношения во взрослом возрасте – это обычно взаимные узы между равными, так что каждый взрослый является фигурой привязанности для другого, а часто и сексуальным партнером. Исследования качества привязанности во взрослой жизни интенсивно использовали *Интервью привязанности взрослых* (ИПВ), разработанное Мэри Мэн (Mary Main). В этом интервью взрослых просят описать и оценить взаимоотношения привязанности в их детстве, а также спрашивают обо всех разлуках и потерях, и о том, какое влияние они оказали на развитие и личность респондента. Чтобы обосновать глобальное оценивание, респондента просят представить специфические эпизоды из биографии. Цель этого - не в том, чтобы в точности восстановить, что случилось много лет назад, но посредством дискурсивного анализа установить текущее умонастроение респондента по отношению к привязанности. Установлено четыре категории, каждая из которых связана с одной из детских категорий ABCD (см. таблицу 28.1).

- (1) **Отклоненная.** Респондент может восстановить незначительное число аффективно окрашенных воспоминаний детства. Близость и привязанность не ценятся. Идеализированная картина родителей не соответствует специфическим деталям воспоминаний. Эти респонденты походят на детей с привязанностью типа А - поведение и чувства привязанности отрицаются, ограничиваются или подавляются.
- (2) **Автономная.** Респондент ценит взаимоотношения привязанности и либо излагает убедительную историю эмоционально поддерживающих взаимоотношений в детстве, либо смирился с тем, что в детстве их не было. Обычно они уверены в своих силах, объективны и не обороняются. Эти респонденты походят на детей с привязанностью типа В - чувства и пове-

дение привязанности выражаются открыто и сбалансировано, с соответствующей зависимостью от фигуры привязанности и уверенностью в ней.

- (3) **Озабоченная**. Отчет о взаимоотношениях в детстве сбивчивый, бессвязный и необъективный. Они все еще поглощены событиями в детстве и не способны двинуться дальше. Гнев на родителей не разрешился. Эти респонденты походят на детей с привязанностью типа С - чувства и поведение привязанности чрезмерны и амбивалентны.
- (4) **Неразрешившаяся-дезорганизованная**. Обсуждения потенциально травмирующих событий отличаются поразительными ограждами при контролировании объяснений и рассуждений, указывающими на диссоциацию систем памяти или аномальную погруженнность в неразрешившиеся травмирующие воспоминания. Эти респонденты походят на детей с дезорганизованной привязанностью типа D.

Учитывая сложность и видимую субъективность этой оценочной схемы, в самом деле поразительно, насколько хорошо согласуются статусы привязанности родителя и младенца. Когда тип привязанности родителя классифицируют с помощью ИПВ (либо до рождения ребенка, либо после), а привязанность младенца к родителю классифицируют с помощью ПНС как А, В, С или D, то примерно две трети младенцев по типу привязанности соответствуют своим родителям. Эта конкордантность еще более поразительна, если учесть различия в методах оценки (между анализом расшифровок того, что говорят взрослые, и анализом видеозаписей того, как ведут себя младенцы).

### **Последствия надежной и ненадежной привязанности**

Социальное и психологическое развитие надежно и ненадежно привязанных детей сравнивали во многих исследованиях. Картина, которую обнаруживают систематически, – то, что у надежно привязанных детей в среднем дела идут гораздо лучше. Однако не все надежно привязанные дети преуспевают, и не у всех ненадежно привязанных детей дела идут плохо. До сих пор неясно, возникают ли эти различия между группами потому, что ненадежная привязанность сама по себе является ключевым фактором риска; альтернативный вариант – что ненадежная привязанность служит маркером более обширных семейных аномалий, имеющих долгосрочные неблагоприятные последствия.

Причинная эта связь или нет, но надежная привязанность действительно увеличивает вероятность того, что впоследствии ребенок сформирует гармоничные взаимоотношения с взрослыми и детьми. Это наиболее заметно в близких взаимоотношениях с членами семьи и друзьями. Надежно привязанные дети больше сотрудничают и более отзывчивы со своими матерями, с большей вероятностью утешают младших сиblings и у них чаще бывают хорошие друзья. Они менее вероятно неуступчивы с родителями, ссорятся с сиблингами и командуют друзьями. Преимущества надежной привязанности также заметны и со знакомыми, но менее близкими социальными партнерами. Надежно привязанные дети в среднем меньше эмоционально зависимы от учителей и больше способны попросить учителя о помощи, когда встречают трудную задачу, с которой не могут справиться в одиночку. Обычно они также более популярны у одноклассников и реже бывают жертвой, возможно потому, что проявляют больше эмпатии к сверстникам и, когда играют, реже вовлекаются в конфликты. Меньше всего надежность привязанности влияет на качество социальных взаимодействий с незнакомыми взрослыми и детьми. На эти взаимодействия главным образом влияет общительность ребенка – черта темперамента с умеренной наследуемостью. И, напротив, генетические факторы представляются менее важными при детерминации качества близких взаимоотношений.

В ранних исследованиях, использовавших классификацию привязанности АВС, особое значение придавали связям между типом привязанности А (избегающая) и проблемами экстернализации, такими как агрессия. Сейчас представляется вероятным, что сильнейший предиктор

проблем экстернализации - недавно выявленный тип привязанности D (дезорганизованная). Например, в одном исследовании показано, что дезорганизованная привязанность в 18 месяцев предсказывала шестикратный прирост серьезной агрессии по отношению к сверстникам в детском саду. И хотя дезорганизованная привязанность часто включала элементы избегания, стоит заметить, что у детей с чисто избегающей (а не с дезорганизованной) привязанностью вероятность впоследствии стать необычно агрессивными по отношению к сверстникам была не выше. Возможно, что серьезное семейное неблагополучие ставит детей на путь развития, характеризующийся дезорганизованной привязанностью и дисфорией в младенчестве, оппозиционно-вызывающим расстройством в среднем детстве и более тяжелым расстройством поведения и подростковой делинквентностью в подростковом возрасте.

Все большее количество исследований применяют ИПВ для изучения классификации привязанности взрослых с психическими заболеваниями и расстройствами личности. В клинических выборках вероятность автономной (т.е. надежной) привязанности только около 10%, в сравнении с примерно 60% в выборках низкого риска. Оставшиеся 90% пациентов клиники довольно равномерно распределены между тремя категориями ненадежной привязанности: отклоненной, озабоченной и неразрешившейся. В настоящее время есть только намеки на связи между конкретными психиатрическими диагнозами и специфическими типами ненадежности, например между пограничным расстройством личности и озабоченной или неразрешившейся привязанностью. Для того чтобы объединить остальную часть психопатологии развития с пониманием, достигнутым теорией привязанности, необходимы дальнейшие исследования.

### **Обзор по теме**

Greenberg M.T. (1999) Attachment and psychopathology in childhood. In: Cassidy J., Shaver P.R. (eds) Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications. New York, Guilford, pp. 469-496.

### **Дополнительное чтение**

Bakermans-Kranenburg M.J. et al. (2003) Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. Psychological Bulletin, 129, 195-215. (Ранние вмешательства не обязательно должны быть продолжительными, чтобы увеличить соучастие родителей и способствовать надежной привязанности.)

Cassidy J., Shaver P.R. (1999) Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications.

## Глава 29 ПРИРОДА И ВОСПИТАНИЕ

До недавних пор многие исследования детских трудностей часто основывались на допущении, что плохие исходы - следствие неудовлетворительных условий, в которых выращивали детей. На самом деле картина может быть гораздо более сложной. Рассмотрим, например, возможные интерпретации такого результата: плохо читающие дети с большей вероятностью происходят из таких семей, где дети мало читают своим родителям. Этот результат может многих привести к заключению о том, что отсутствие интереса и способностей к чтению у детей - результат недостаточного внимания и поощрения родителей (кажется, можно услышать возгласы «это всего лишь здравый смысл!»). Тем не менее много других правдоподобных интерпретаций. Одна из возможных: несмотря на то, что родители любят книги и хорошо читают сами, у ребенка могут быть какие-либо конституциональные трудности в чтении («дислексия»), и это означает, что ему очень неприятно, когда его побуждают читать, и он не может делать это хотя бы не хуже, чем его младшая сестра. Его родители быстро научатся отступать, чтобы избежать хныканья, негодования и страдания, которые они вызывают! Другая возможная интерпретация: генетически обусловленные трудности в чтении имеются у всех - и у родителей и у ребенка, так что все они избегают делать что-либо, связанное с чтением. Третья возможность: и родители, и дети могли бы легко читать, но они живут в обстановке, где нет книг и повелевает видео. И, конечно, возможно, что в одно и то же время срабатывает более чем одно из этих трех объяснений.

Выяснение того, что причина, а что - следствие – не просто академический вопрос. Если мы пытаемся улучшить жизнь людей, совершенно необходимо понять, что правильно. Например, на индивидуальном уровне нет смысла пытаться научить «мать-холодильник» технике держать ребенка на руках, чтобы «достучаться» до своего аутичного сына, если на самом деле у него генетически обусловленная неспособность общаться, которая привела к тому, что полностью нормальная мать оставила свои попытки<sup>23</sup>. На политическом уровне немного смысла в переустройстве нищенского жилого массива ради искоренения обнаруженной там высокой частоты насилия в отношении детей и шизофрении, если на самом деле причина, по которой люди с этими трудностями, в конце концов, стали там жить, является следствием их множественных социальных дефектов, которые будут сопровождать этих людей в любых новых ситуациях, и которыми следует заняться отдельно. (Впрочем, переустроить этот жилой массив может быть хорошей идеей по многим другим причинам.) Перед тем, как рассмотреть некоторые обычно встречающиеся виды семейного неблагополучия (см. главу 30), важно принять во внимание некоторые общие принципы, помогающие разобраться в причинных взаимоотношениях и отделить природу от воспитания.

### **Связь – не то же самое, что причинность**

Многие семейные факторы сопровождаются возрастанием частоты одного или нескольких детских психических расстройств. Полагая, что связь означает причинность, слишком легко попасть в ловушку. Если семейная характеристика (С) сопровождается детским психическим расстройством (Д), может иметь место, что С является причиной Д, но нужно также принять во внимание два альтернативных объяснения: что Д является причиной С (известное как *обратная причинность*); а также что и Д и С - следствие деятельности *третьего* или *смешивающего фактора*.

### **Обратная причинность**

Весьма правдоподобно, что ребенок с психиатрическими нарушениями может влиять на характеристики семьи. Например, ребенок с нарушениями вполне может вызывать у родителя де-

прессию, гнев, критику, холодность, чрезмерную опеку, стремление покарать и отторжение. Одни из наиболее сильных доказательств таких влияний получены в исследованиях вмешательства. Например, в одном исследовании показано, что когда медикаментозное лечение стимуляторами снижало гиперактивность у ребенка, это обычно приводило к тому, что мать меньше критиковала ребенка, относилась к нему теплее и проводила с ним больше времени (см. главу 5). Конечно, по-прежнему может иметь место, что негативность родителя, вызванная гиперактивностью ребенка, также повреждает развитие ребенка. Данные свидетельствуют о том, что в большинстве ситуаций характеристики ребенка на самом деле влияют на поведение родителя, но что оно, в свою очередь, оказывает независимое влияние на детей.

### Третий факторы

Если и мать, и дочь особенно боятся пауков, представляется естественным предположить, что дочь научилась тревоге у своей матери. В равной степени правдоподобная альтернатива – что страх матери и страх дочери имеют общее происхождение: возможно, мать и дочь разделяют генетическую склонность к боязливости, или, может быть, они обе смотрели один и тот же фильм ужасов про пауков. Концептуально наиболее прямые доказательства генетических третьих факторов получены в исследованиях приемных детей. Если бы арахнофобия была полностью генетической, тогда усыновленные дети походили бы в этом отношении на своих биологических родителей, а не на приемных. Для выявления средовых третьих факторов необходимы другие подходы. Если, например, просмотр одного и того же фильма объясняет то, что и родители и дети боятся пауков, тогда при эпидемиологическом подходе можно будет показать, что связь между страхами родителей и детей исчезает, как только учитывают влияние просмотра фильма.

Дети живут в трех довольно разных социальных мирах: семье, классе и группе сверстников. Хотя эти три мира и отдельны, они связаны. Так, дети, вышедшие из неблагополучных и дисгармоничных семей, кроме того, с большей вероятностью посещают плохую школу и играют сdestructивными сверстниками. Это может сильно мешать пониманию, причинная ли тут связь. Например, дети из неблагополучных семей чаще прогуливают школу - потому, что неблагополучная семейная среда прямо благоприятствует прогулам, или же семейное неблагополучие - просто маркер плохих районных школ, благоприятствующих прогулам? Чтобы еще больше усложнить дело, неблагоприятные факторы скапливаются вместе в пределах каждого социального мира ребенка. Например, дома перенаселенность связана с безработицей, бедностью, психическими заболеваниями родителей и кучей других возможных факторов риска. Если перенаселенность связана с делинквентностью - это прямое влияние перенаселенности, или перенаселенность просто играет роль маркера других факторов риска? Для того, чтобы попытаться ответить на такого рода вопрос, существуют проекты исследований и статистические методики.

### Гены, разделенная и неразделенная среда

Примерно до 1970-х гг. повсеместно верили, что гены дают людям их соматическую конституцию, а способ, которым они воспитаны, несет ответственность за их психологические характеристики. Так, могли верить, что высоко дисциплинирующее и эмоционально сдержанное воспитание будет предрасполагать ребенка к тому, чтобы стать самостоятельным, эмоционально протхладным человеком, тогда как крайне непостоянное воспитание может способствовать более экспрессивному, эмоционально лабильному характеру. Было известно, что гены предсказывают физические характеристики, такие как рост, и что некоторые ошибки в последовательности гена вызывают некоторые медицинские расстройства, потому что в клетках неправильно собирались протеины, обеспечивающие жизненно важные функции.

Концептуальные и методологические достижения при анализе исследований близнецов и приемных детей привели к Ренессансу в генетике поведения, которая главным образом использова-

лась для того, чтобы установить относительный генетический и средовый вклад в черты личности, такие как экстраверсия/интроверсия, поведенческие признаки, такие как агрессивное поведение, и симптомы психопатологии, такие как депрессия. *Разнообразие* черты – показатель того, насколько эта черта различается у людей в исследуемой популяции. *Наследуемость* имеет отношение к доле разнообразия, объясняемой генетическими факторами. Так, наследуемость конкретной черты в 25% означает, что четверть изменчивости этой популяции по этому показателю (в условиях, преобладавших в то время, когда проводили измерения) можно отнести к генетическим различиям между людьми. Остальную часть разнообразия условно разделяют между двумя средовыми компонентами, разделенной и неразделенной средой. Однако, как обсуждается в этой главе далее, эти термины могут до некоторой степени вводить в заблуждение. Термин *разделенная* или *общая среда* имеет отношение к факторам, делающим проживание людей в одной и той же семье сходным, после того, как сделана поправка на какое-либо генетическое сходство. Так, бедность, сырое жилье или загрязнение воздуха могут привести к тому, что любой проживающий в семье – мать, отец, сын, жилец – станет более раздражительным. И независимо от вида генетического наследия, если вы воспитаны во франкоговорящем семействе, то вы говорите по-французски! В противоположность этому, термин *неразделенная* или *的独特 среда* имеет отношение к факторам, которые не разделяют родственники, проживающие вместе, таким примером, как быть сбитым автобусом или иметь лучшим другом наркомана.

Обычно относительное значение генов, разделенной и неразделенной среды оценивают в исследованиях близнецов и приемных детей, однако теперь все больше используют сравнения полных сиблингов, полусиблингов и сводных сиблингов, растущих в семьях, созданных в результате повторного брака родителей. Вставка 29.1 подытоживает результаты исследований близнецов и приемных детей по трем чертам: полностью обусловленной генетически, полностью обусловленной разделенной средой, и полностью обусловленной неразделенной средой. На практике большинство признаков представляют собой их смесь.

## **Влияние генетики**

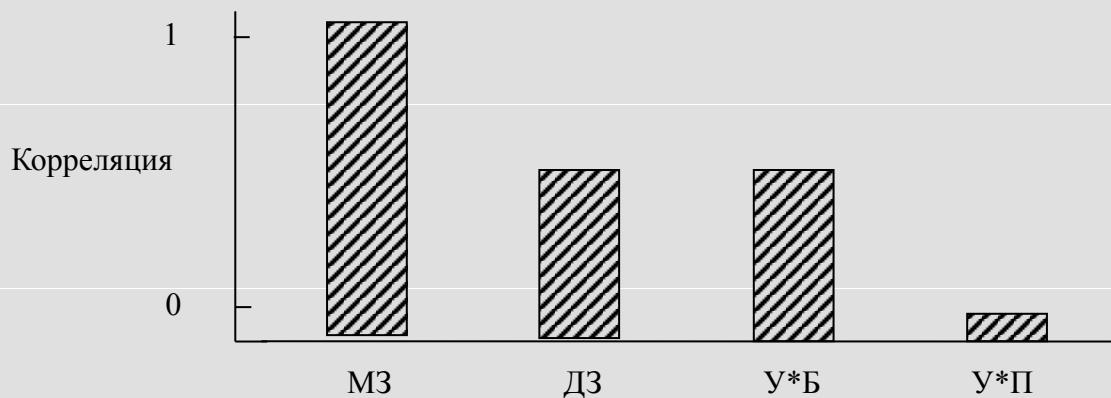
Обнаружено, что наследуемость большинства психологических признаков составляет около 40-60%, т.е. генетические различия между индивидуумами объясняют примерно половину наблюдаемого разнообразия в данной популяции. Проблемы с поведением, вероятно, – исключение из этого правила: большинство (но не все) исследования указывают на меньший вклад генетики в такого рода поведение. Другая крайность – подверженность аутизму, наследуемость которой может быть более 90%.

## **Воздействие разделенной среды**

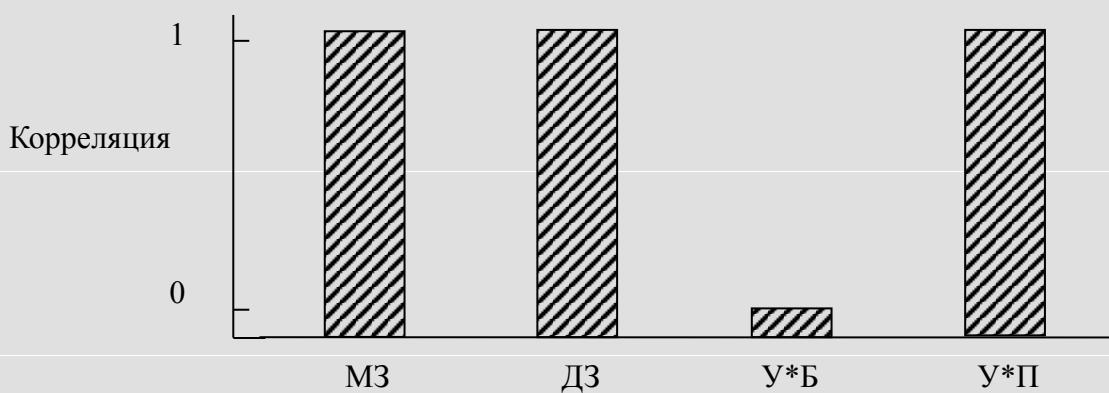
В 1980-е гг. некоторые исследователи генетики поведения сделали поразительное заявление, основанное главным образом на близнецовых исследованиях, что разделенная семейная среда оказывает мало влияния на многие черты личности. В обзоре 1987 г. этот вопрос был поставлен особенно решительно: «То, что сходным образом переживают родители и их дети, не оказывает влияния на развитие поведения детей». Суть этого довода в том, что данные по близнецам и приемным детям показывают, что почти все семейное сходство можно отнести к общим генам, а не к разделенной среде; приемные дети почти не похожи на своих приемных родственников ни по одной черте личности. Но даже на пике этих заявлений проблемы с поведением выделялись как важное исключение из общего правила: большинство исследований указывало, что разделенная среда – главная причина того, что эти проблемы распространяются в семьях. Однако, как будет рассмотрено ниже, эти обобщения проблематичны.

### **Вставка 29.1 Результаты исследований близнецов и приемных детей**

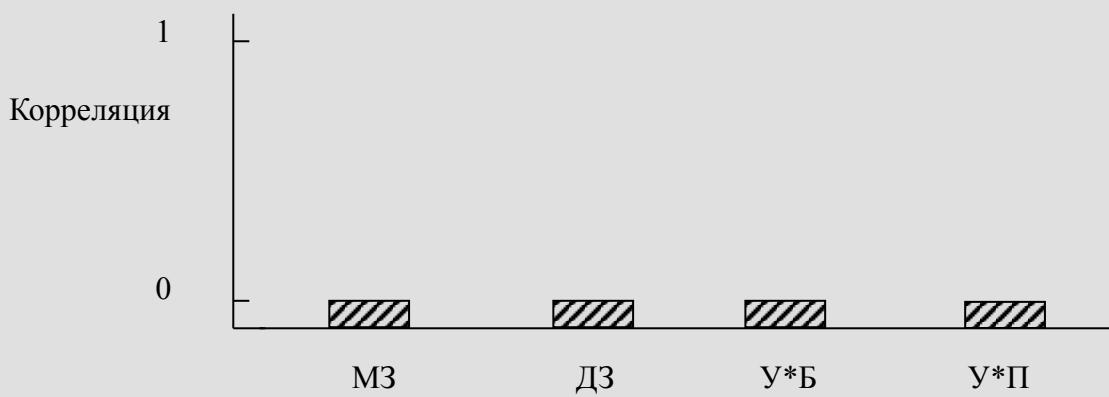
Черта, полностью обусловленная генетическими факторами



Черта, полностью обусловленная разделенной средой



Черта, полностью обусловленная неразделенной средой



**МЗ** = сравнение Моно<sup>З</sup>иготных («идентичных» или одногенетических) близнецов

**ДЗ** = сравнение Ди<sup>З</sup>иготных («неидентичных» или двугенетических) близнецов

**У\*Б** = сравнение рано Усыновленных детей с Биологическими родителями или сиблиингами

**У\*П** = сравнение рано Усыновленных детей с Приемными родителями или сиблиингами

**Корреляция** – мера сходства: 1,0 означает, что два индивидуума идентичны по измеряемой черте; 0 означает, что два индивидуума похожи не больше, чем случайно выбранные члены популяции.

## **Воздействие неразделенной среды**

Если гены обычно объясняют примерно половину разнообразия большинства психологических признаков, а влияние разделенной среды часто слабое или вообще отсутствует, то что же объясняет остальную часть разнообразия? Популярный в настоящее время ответ – «неразделенная среда» - подчеркивает, что особое влияние на детей оказывает тот опыт, который они не разделяют со своими сиблингами. Несомненно, что это правдоподобно: например, когда родители на одного сиблинга обращают больше внимания, чем на другого, это ранит сильнее, чем когда оба сиблинга получают меньше родительского внимания, чем «средний ребенок». Специалисты по психическому здоровью давно интересовались последствиями обращения по типу «козла отпущения» и «любимчика» - специфическими случаями воздействия неразделенной среды. В клинической практике может быть очень полезно уделять внимание уникальному опыту семейной обстановки у каждого ребенка. В то же время остается неясным, насколько сильное воздействие оказывает эта неразделенная среда на самом деле. Неверно полагать, что если гены и разделенная среда объясняют только половину разнообразия любой заданной психологической черты, то влияние неразделенного опыта должно объяснять другую половину. Некоторое количество необъясненного разнообразия может быть следствием ошибки измерения, которую часто сильно недооценивают, а некоторое - можно отнести к игре случая в развитии мозга. Роль неразделенного опыта необходимо оценивать непосредственно. Ее нельзя просто приравнять к члену «ошибки», получаемому в статистических анализах генетики поведения.

## **Меры предосторожности при интерпретации исследований по генетике поведения**

Когда интерпретации делаются без учета ограничений использованных методов, может возникнуть ряд проблем:

- (1) Как отмечено выше, до сих пор «среда» редко измеряется непосредственно. Чаще полагают, что среду отражает остаточное разнообразие после того, как черта в популяции изменена и вычислено генетическое сходство. Так, если у одногеновых («идентичных») близнецов, выращенных в одинаковых семьях, оценки какой-либо черты коррелируют 0,9; предполагается, что на них должна была влиять различная (неразделенная) среда, ставшая причиной 10% изменчивости этой черты. Это непроверенное предположение и корреляция могла, например, быть следствием: а) ошибки измерения (если надежность показателя  $r$  тоже 0,9; тогда ошибка разнообразия  $1-r$  или 10% - так что в этом случае они на самом деле могли быть идентичными); или б) случайности: тот же самый клеточный генетический материал посредством случайного разнообразия экспрессии в процессе развития мог привести к немного различным фенотипам, даже если окружающая среда была той же самой. Здесь истинное разнообразие могло быть следствием случайного разнообразия генетической экспрессии, а не систематического воздействия среды.
- (2) Среднее разнообразие окружающей среды в данной популяции может быть невелико, и в результате ее потенциальное воздействие будет недооценено. Например, оценили, что наследуемость роста в Западной Европе в 17-м веке - более чем 90%, и в настоящее время – такая же. Однако было бы ошибочным заключить, что средовые факторы, такие как питание, играют в детерминации роста лишь незначительную роль – за это время средние значения у взрослых возросли на 15 сантиметров, хотя пул генов изменился мало. Дело в том, что в пределах диапазона питания в любой момент времени, экспрессия роста во всей популяции обусловлена главным образом генетическими факторами. Исследование длительного дополнительного питания тех, кто питался хуже всех триста лет назад, вероятно, изменило бы выводы. Некоторые близнецовые исследования в детской психиатрии привели к выводу о том, что воспитание мало влияет на развитие ребенка. Однако это может быть потому, что в большей части популяции различия в стиле воспитания в любой

промежуток времени невелики; это не означает, что воспитание не может оказывать глубокого воздействия, особенно когда оно выходит за пределы нормы: у всех без исключения сирот с тяжелой депривацией, например у сирот из Румынии, которых изучали в конце 1980-х гг., было очень задержано развитие; у детей, с которыми плохо обращаются, масса низких показателей психосоциального функционирования. Для детей в таких обстоятельствах, разделенная среда на самом деле имеет значение. Она также может иметь значение при менее исключительных различиях – чтобы проверить это, нам нужны исследования, улучшающие среду.

- (3) В близнецовых исследованиях воздействие среды может недооцениваться, поскольку некоторые генотипы предрасполагают индивидуумов к выбору среды с большим риском. Предположим, например, что наследуемость рака легких 40%. Это можно было бы интерпретировать, подразумевая, что рак легких до такой степени обусловлен внутренними клеточными механизмами, но на самом деле может быть, что гены кодируют поведение, направленное на поиск «сиюминутного» удовольствия, и в результате этого пораженные однояйцовые близнецы, вероятно, будут курить. На самом деле окончательная причина рака – задымленная среда. В детской психиатрии обнаруживается высокая наследуемость гиперкинетического расстройства поведения, но может быть, что генетически обусловлен только механизм гиперкинетического поведения, которое, однако, может вести к тому, что дети вызывают враждебное воспитание, которое, в свою очередь, приводит к расстройству поведения. Поэтому было бы неверно заключить, что, так как наследуемость (измеренная) высока, а влияние разделенной среды (вычисленное) небольшое или отсутствует, то не существует такого лечения, которое могло бы действовать посредством изменения среды. На самом деле, испытания показывают, что улучшение воспитания детей с гиперкинетическим расстройством поведения значительно улучшает их симптомы.
- (4) Разделение негенетического воздействия на слагаемые, называемые разделенной и неразделенной средой, может приводить к недопониманию, даже среди экспертов! Как отмечено выше, «неразделенная среда» используется для обозначения различий между членами семьи, после того как сделана поправка на влияние генетики. Иногда они на самом деле могут быть следствием неразделенного влияния. Однако эти различия также могут быть следствием одних и тех же влияний разделенной среды, по-разному действующих на индивидуумов в пределах одной семьи - либо непосредственно, либо потому, что они по-разному их воспринимают. Так, проживание с враждебным родителем может, например, одного ребенка сделать тревожным, другого – агрессивным, третий останется неизменным, а четвертый может стать сильнее. В этом случае отличается реакция на среду, а не средовое влияние *per se*. Тогда это - взаимодействие между влиянием разделенной среды и предрасположенностью ребенка, но традиционная генетика поведения назвала бы это признаком неразделенной среды. Другой пример: близнецовые исследования шизофрении дали результаты, указывающие на то, что влияния «неразделенной» среды значительны, а «разделенной» - недостоверны. И снова это не обязательно означает, что в разделенной среде нет ничего, что проявляет шизофрению у тех, кто к ней предрасположен генетически. Например, миграция или дискриминация могут одного члена семьи сделать шизофреником, тогда как другой может стать депрессивным или справиться.
- (5) В настоящее время хорошо подтверждено документально, что некоторые виды среды подвержены генетическому влиянию, и это может приводить к переоценке воздействия среды. Например, срезовые исследования показывают, что в домах, где больше книг и родители больше читают своим потомкам, у детей значительно больше возраст по чтению. Можно было бы заключить, что покупка дополнительного количества книг и чтение их с детьми приведет к значительному улучшению их чтения, но оказывается, что третий факт

тор - IQ родителя - опосредует большую часть этого эффекта, так что родители с более высоким IQ больше читают своим детям, а у их детей – более высокий IQ, и они в любом случае лучше читают. Это не значит, что увеличение чтения с детьми не улучшит их способности, но результаты могут быть более умеренными, чем ожидалось.

В тех случаях, когда окружающую среду не измеряют непосредственно, ложные выводы менее вероятны, если к одному и тому же выводу подводят несколько различного рода исследований – исследования выборок из общей популяции, близнецов, приемных детей и семей, созданных в результате повторного брака (смешанных). Тем не менее, гораздо лучше в генетически чувствительных проектах измерять окружающую среду непосредственно. Примеры могли бы включать выражение эмоций, расовую дискриминацию, плохое воспитание, недостаток социальной поддержки и т.д. Такие исследования лишь только начинаются. Необходимо измерять исходы в широком спектре средовых условий. Сюда можно включить «природные эксперименты», такие как смерть родителя или землетрясение, а также чрезвычайные обстоятельства, созданные человеком, такие как война или заключение в жесткий детский дом. В этом отношении особенно полезны рандомизированные контролируемые испытания, изменяющие окружающую среду, поскольку при этом между участниками, подвергающимися воздействию измененной среды, не должно быть ранее существовавших различий. Такие испытания показали, например, что улучшение родительского воспитания ведет к большому снижению антисоциального поведения, а также, что ранняя когнитивная стимуляция дошкольников с депривацией ведет к улучшению приспособленности и достижений во взрослом возрасте.

### **Как взаимодействуют гены и среда**

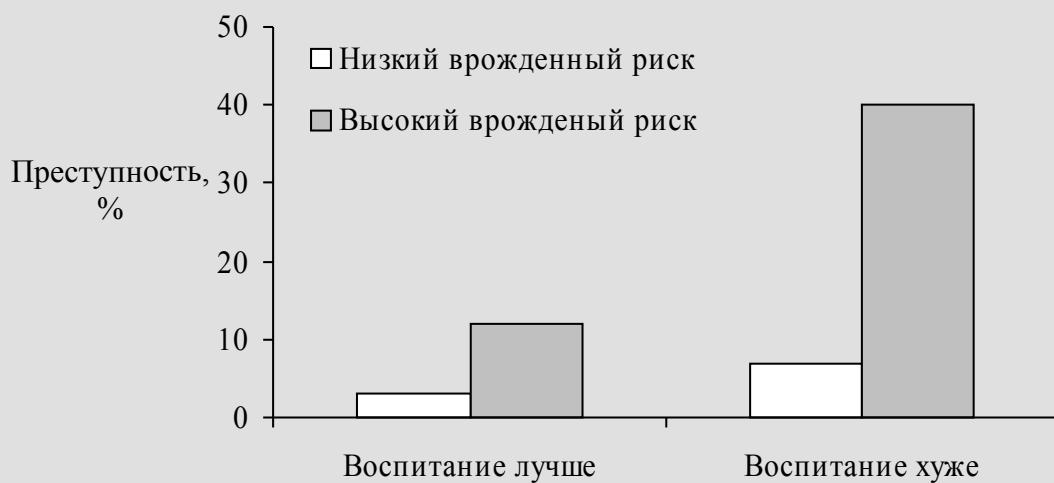
Мнение о том, что либо гены, либо среда вызывают что-нибудь самостоятельно, чересчур упрощено: эти двое всегда взаимодействуют. На протяжении эволюции наша генетическая структура устраивалась так, чтобы быть чувствительной к возможной среде. Нам нужно рассмотреть механизмы, посредством которых среда действует на данный генотип, а также механизмы, посредством которых гены влияют на реакцию на данную среду.

В продолжительных исследованиях 1960-х гг. установлено, что темперамент детей взаимодействует с тем, как их воспитывают, так что спокойные малыши меньше страдали от нечуткого воспитания, чем раздражительные. Однако последние исследования приемных детей позволили продемонстрировать, как генетические источники разнообразия темперамента влияют на воспитание и взаимодействуют с ним. Исследования с наблюдением показывают, что дисциплинарная практика приемных родителей более жесткая и критичная, когда родные родители их детей были преступниками, вероятно потому, что с этими детьми труднее справиться, так как они унаследовали склонность к более деструктивному поведению.

В скандинавских исследованиях приемных детей разделили на группы высокого и низкого риска по биологической предрасположенности согласно тому, была ли у их родных родителей криминальная /алкогольная история, а затем разделили воспитательную среду приемных семей согласно тем же критериями, полагая, что приемные родители - преступники или алкоголики предоставляют менее идеальное воспитание. Исходы измеряли на основе частоты подростковых судимостей за криминальное поведение; типичные результаты показаны во вставке 29.2. Видно, что среди детей, выращенных в более благоприятной среде, у тех, чьи родные родители были в группе высокого риска, частота судимостей в четыре раза выше: 12% против 3%, что указывает на значительное биологическое влияние; большая часть этого биологического влияния, вероятно, передается генетически, но некоторая часть может быть передана через среду, например, при высоком потреблении алкоголя матерью в течение беременности, влияющем на развитие мозга плода. Влияние неблагоприятной окружающей среды на детей с низким биологическим риском было меньшим, но все же существенным: частота судимостей удваивалась от 3% до 7%. Но действительно поразительный результат – то, что в тех случаях, когда дети высокого биологического риска были выращены в менее благоприятной среде, частота судимостей взлетала от 12% до

40%. Это указывает на сильное взаимодействие, в соответствии с которым биологический риск при наличии менее благоприятной среды ведет к гораздо худшему исходу. Таким образом, средовое влияние больше, когда оно сочетается с генетической (или другой биологической) предрасположенностью. Это может стать основой для некоторого терапевтического оптимизма, поскольку случаи с наихудшими генетическими склонностями и находящиеся в наихудшем положении, вполне возможно, окажутся именно такими, где может быть наибольшее улучшение, а не случаями «погибших душ», с которыми уже ничего нельзя сделать.

**Вставка 29.2** Взаимодействие между биологическим и социальным риском: частота подростковых судимостей у приемных детей в соответствии со статусом риска у биологических и приемных родителей (по данным Bohman, 1996)



Генетическая предрасположенность может претвориться в плохие исходы посредством нескольких механизмов. Во-первых, она может прямо приводить к психопатологии, независимо от обычного разнообразия окружающей среды, как, похоже, происходит в случае аутизма. Во-вторых, она может дать большую восприимчивость к менее благоприятной среде, например, ребенок с генетически раздражительным темпераментом может быть больше подвержен вспышкам гнева, и в ответ на нечуткое воспитание у него возникнут поведенческие симптомы. Недавно документально подтвержден один пример такого механизма при специфическом генотипе – получены данные о том, что дети с одним вариантом гена моноаминооксидазы А больше подвержены риску развития антисоциального поведения, если у них относительно жесткие родители, но не наоборот. В-третьих, она может предрасполагать индивидуума искать ситуации с повышенным воздействием известных факторов риска и оставаться в них, например молодые люди с расстройством поведения с большей вероятностью принимают наркотики и алкоголь.

Таким образом, гены и среда постоянно сложным образом взаимодействуют. Можно надеяться, что по мере того, как мы больше узнаем об этих процессах, могут быть разработаны более эффективные вмешательства.

## Обзоры по теме

- McGuffin P., Rutter M. (2002) Genetics of normal and abnormal development. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 185-204.
- State M.W. et al. (2000) The genetics of childhood psychiatric disorders: a decade of progress. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 946-962.
- Rutter M. et al. (1999) Genetics and child psychiatry. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40, 3-18.

## **Дополнительное чтение**

- Bohman M. (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In: Bock G.R., Goode J.A. (eds) Genetics of criminal and antisocial behaviour. Chichester: Wiley, pp. 99-114.
- Caspi A. et al. (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- Plomin R. et al. (2000) Behavioural genetics, 4th edition. New York: Worth.
- Rutter M. et al. (2001) Testing hypotheses on specific environmental causal effects on behaviour. *Psychological Bulletin* 127, 291-324

## Глава 30 СОВЛАДАНИЕ С НЕБЛАГОПОЛУЧИЕМ

Преодоление трудных обстоятельств совершенно необходимо для выживания. Успех человеческого вида зависит от наших способностей разумно и гибко реагировать на весь спектр проблем и адекватно адаптироваться к широкому диапазону окружающей среды, или же так управлять окружающей средой, чтобы она находилась в пределах «комфортной зоны» и не причиняла повреждений. В идеале воспитание детей должно дать им возможность развить навыки совладания, так чтобы они могли справиться с трудностями, с которыми они столкнутся в обществе, когда будут взрослыми. Тем не менее, дети могут быть не в состоянии преодолеть некоторые довольно существенные нарушения своей жизни, которые потом могут нарушить целостность их развития и подорвать их способность жить достаточно успешной и радостной жизнью. Эта глава начинается с рассмотрения реакций детей на некоторые трудные и болезненные ситуации, а затем продолжается более общим обсуждением того, как они могут с ними справиться.

### **ОБЫЧНЫЕ СТРЕССОРЫ**

Один из способов категоризировать трудности – выделить дискретные крупные изменения, иногда называемые *событиями жизни*, и продолжающиеся трудные ситуации, иногда называемые *хроническим неблагополучием*. *Повседневные неприятности* – каждодневные трудности, которые сами по себе могут казаться относительно незначительными, – у взрослых оказались важными детерминантами психопатологии. Однако у детей они изучены не столь хорошо, так что этот отчет – главным образом о событиях жизни и хроническом неблагополучии. Помимо рассмотрения их влияния с точки зрения (1) психических расстройств, важно также рассмотреть влияние на (2) функционирование, например с точки зрения способности устанавливать хорошие взаимоотношения и проявлять учебные способности и другие компетентности, а также (3) субъективное страдание. Все три аспекта будут влиять на общее качество жизни детей, а также их семей. Так, если дети вышли без психиатрических симптомов и не расстроены, нельзя сказать, что все хорошо: у них может не быть друзей, и они могут проводить большую часть дня перед телевизором и ничего не доводить до конца. Или же психиатрических симптомов может не быть, и дети могут довольно хорошо функционировать с точки зрения школьных успехов и других достижений, но если они часто поглощены мучительными воспоминаниями о том, какому ужасному насилию они подверглись, тогда это не хороший исход.

#### **Разлука и потеря**

Привязанность – центральная тема в психологии развития и психиатрии (см. главу 28) и во многих исследованиях изучали, что происходит с детьми, когда узы их привязанности временно разорваны разлукой или навсегда разбиты потерей. Нет сомнения, что разлуки и потери часто очень расстраивают детей, но менее ясно, имеет ли этот неприятный опыт сам по себе серьезные долгосрочные последствия для функционирования детей. Конечно, предотвратить или уменьшить краткосрочные страдания детей крайне желательно, независимо от того, имеют ли они неблагоприятные долгосрочные последствия или нет. Тем не менее, долгосрочный исход – это важный вопрос.

Предрасполагают ли травмирующие разлуки и ранние потери к устойчивым психиатрическим нарушениям? При попытке ответить на такого рода вопрос, решающее значение имеет учет «третьих факторов» (см. главу 29). Например, при исследовании воздействия развода на детей, важно спросить, в какой мере какие-либо неблагоприятные результаты – вызваны предшествующим и продолжающимся семейным разладом, а не разлукой с одним из родителей. В этой связи поразительно, что долгосрочные психиатрические проблемы с большей вероятностью следуют за потерей родителя вследствие развода, чем вследствие смерти. Это позволяет полагать, что предшественники и последствия потери более важны, чем сама потеря. Сходным образом, когда детей берут в приемную семью, плохое качество предшествующего ухода – более важный пре-

диктор проблем в будущем, чем тот факт, что их разлучили со своими биологическими родителями.

Важно также помнить, что разлуки и потери могут приводить в действие последовательность негативных событий, которые сами по себе имеют длительные последствия. Например, развод может сопровождаться депрессией родителя или менее эффективным родительским надзором, сменой школы на худшую и меньшим количеством денег на занятия в свободное время, которые могут способствовать уверенности в себе и дружеским отношениям. Эти изменения могут иметь долгосрочное влияние на поведение детей, даже если развод сам по себе не влияет. Несколько исследовательских направлений подтверждают, что долгосрочное влияние смерти родителя сильно зависит от качества последующего воспитания.

Учитывая все эти вопросы, результаты большинства исследований позволяют полагать, что сами по себе разлуки и потери - не главные факторы риска устойчивых психиатрических нарушений, однако их предшественники и последствия часто бывают ими. Это не означает, что они не могут очень болезненно переживаться, стать решающим моментом в жизни индивидуума и, возможно, сильно повлиять, например, на то, как индивидуум, в свою очередь, решит воспитывать своих собственных детей. Данные, скорее, свидетельствуют о том, что сами по себе они не приводят к значительному и длительному росту психических расстройств и ухудшению психо-социального функционирования.

## **Госпитализация**

Поскольку боль и болезнь активизируют стремление ребенка быть рядом с фигурой привязанности, госпитализация ребенка одного - особенно стрессирующий вид опыта разлуки. Госпитализированные дети, которые не видят своих родителей, в течение нескольких дней или недель проходят последовательные стадии *протеста, отчаяния и оторванности*. Эти реакции на разлуку наиболее отчетливо наблюдаются в возрасте между шестью месяцами и четырьмя годами и мучительно засняты в фильмах Джеймса и Джойс Робертсонов. И хотя единичная разлука, обусловленная госпитализацией, не связана с повышенным риском детских психических расстройств в последующем, многократные госпитализации сопровождаются повышенной частотой проблем в дальнейшем, главным образом, расстройством поведения и делинквентностью. Этот повышенный риск гораздо больше выражен в дисгармоничных семьях, указывая на то, что многие пагубные долгосрочные последствия многократных госпитализаций могут опосредоваться неблагоприятным влиянием на последующие взаимоотношения в семье. И хотя разлуки болезненны для ребенка, большинство семей в состоянии смягчить страдания ребенка в течение госпитализации и после нее, и тем самым свести долгосрочные последствия к минимуму.

Исследования, проведенные в то время, когда в детских отделениях в целом препятствовали контактам с родителями, показали, что, увеличивая контакты с родителями, можно уменьшить пагубные последствия госпитализации. К счастью, по мере того, как росло понимание потребности детей в привязанности, заметно менялась и больничная тактика, так что теперь обычно способствуют тому, чтобы родители оставались со своим ребенком столько, сколько они могут и даже «проживали» вместе с ними. По несколько другим причинам в отделении интенсивного ухода за недоношенными младенцами, также способствуют тому, чтобы у родителей был частый контакт со своими детьми и они взаимодействовали с ними. И хотя младенцы слишком малы для того, чтобы быть специфически привязанными, увеличение контакта способствует более чуткому и отзывчивому воспитанию впоследствии. Надо надеяться, что укрепление связи родителя с ребенком, поможет оказать противодействие повышенному риску насилия в отношении ребенка после преждевременных родов.

## **Тяжелая утрата**

Смерть родителя обычно сопровождается периодом значительного страдания, которое в течение нескольких месяцев постепенно уменьшается. Страдание может проявляться посредством эмо-

циональных симптомов, проблем с поведением или же смесью и тех и других. У детей меньше выражена тяжелая депрессивная отстраненность, наблюдалась у некоторых взрослых. Спустя год, как правило, гораздо менее заметно явное страдание, однако другие проявления, такие как недостаток интереса к школе, могут продолжаться. Сильной связи с депрессией в последующей взрослой жизни, несомненно, нет; есть ли слабая связь - остается спорным. В тех случаях, когда неблагоприятное воздействие на психосоциальный исход во взрослой жизни имеется, это меньше связано с самой тяжелой утратой, а больше - результат непрямых последствий, таких как возникающая бедность, развивающаяся депрессия у пережившего родителя или отрицательный опыт с отчимом или мачехой. Значительно более высокая заболеваемость сопутствует травматической смерти, свидетелем которой был ребенок, например, если мать умирает во время нападения сожителя или во время войны.

## Развод

Он часто следует за годами ухудшения взаимоотношений между родителями, и это необходимо иметь в виду, когда сравнивают детей из разведенных и интактных семей: различия отчасти обусловлены ранее существовавшим разладом, худшими способностями родителей устанавливать отношения и т.п. В течение первого года после развода родители склонны чувствовать себя тревожными, депрессивными, рассерженными, отвергнутыми и некомпетентными, во второй год эти реакции уменьшаются. Разведенные родители часто остаются амбивалентными относительно своих взаимоотношений друг с другом, и это часто вызывает конфликт; если родители находят другого партнера, то сильные чувства – и положительные и отрицательные – уменьшаются. Часто воспитание детей, в особенности сыновей матерью, непоследовательно. И обратное: матери могут сильно докучать сыновья, которые могут возлагать на них вину за потерю своих отцов. В жизни родителей часто преобладают практические вопросы, такие как нехватка денег или трудности в том, чтобы сделать всю работу по дому.

Дети также страдают. Социальные взаимодействия и дома и в школе становятся заметно нарушенными. Много воображаемой агрессии, противодействия и боязливости с потребностью искать помощи и близости у взрослых; мальчики в особенности ищут помощи у взрослых лиц мужского пола. В сравнении с другими детьми, они более негативны и менее позитивны по отношению к взрослым. Младшие дети обычно отчаянно надеются на примирение, даже если жизнь до развода отличалась тяжелым разладом. Велик страх, что отца могут заменить при повторном браке. Проспективные продолжительные исследования показывают, что в течение года или двух после развода, дети перенесут усиление поведенческих, тревожных и депрессивных симптомов (в среднем примерно на треть стандартного отклонения). Последующие прослеживания показывают, что, несмотря на то, что большинство детей становятся хорошо функционирующими индивидуумами, развод оказывает большое воздействие на их жизнь. Например, они могут оставаться постоянно озабоченными тем, что их собственные интимные взаимоотношения окончатся разделением и разводом. Если родители вступают в повторный брак, детям приходится приспособливаться и дальше. И если маленькие дети часто обнаруживают хорошие взаимоотношения со своими отчимами, старшие дети - часто нет. В среднем мальчики больше страдают от развода, чем девочки, тогда как девочки больше, чем мальчики, страдают, когда их матери вступают в новый брак.

## Разлад в семье

Между детскими психическими расстройствами и воспитанием в дисгармоничном доме - отчетливая связь. Разлад, гневная ругань, враждебность и критика связаны с расстройством поведения у мальчиков и с эмоциональными расстройствами у лиц обоего пола. Разлад - сам по себе фактор риска, а не просто маркер других факторов риска, таких как бедность, недостаток правил или плохой надзор. Так, разлад - мощный предиктор детских психиатрических проблем даже в обеспеченных семействах. Отсутствие тепла в семейных взаимоотношениях не так важ-

но, как наличие разлада. Разлад в семье так частот сочетается с плохо проводимой дисциплиной, что их влияние трудно расчленить.

Есть надежные доказательства того, что в дисгармоничных семействах дети обучаются тому, что неприятное поведение - эффективный способ получить родительское внимание, так как родители неумышленно поощряют вспышки гнева и другое нежелательное поведение, такое как хныканье и непослушание. У маленьких детей этот эффект может быть относительно ситуационным: подвергаясь дома разладу, дети ведут себя негативно, а с людьми за пределами семьи - более нормально. Однако со временем негативный стиль поведения все больше закрепляется и кажется, что ребенок усваивает способ взаимодействия родителей, повторяя тот же образец в других взаимоотношениях. Иными словами, дети воспитаны реагировать таким способом, который может помочь им удовлетворить свою потребность во внимании дома, но оказывается дизадаптивным во внешнем мире. В более положительном ключе оценки в контролируемых испытаниях показали, что можно обучить родителей лучшим дисциплинарным методам и лучшим способам контактировать со своими детьми, и это сопровождается уменьшением разлада и критики. Такие программы для родителей приводят к выраженному уменьшению непослушания и другого антисоциального поведения и к улучшению навыков социальных взаимоотношений.

### **Проблемы с психическим здоровьем у родителя**

Когда у родителей проблемы с психическим здоровьем, у их детей повышен риск возникновения собственных эмоциональных и поведенческих проблем, при этом особенно выражено возрастание расстройств поведения. Иногда психиатрические проблемы у родителя и у ребенка - следствие общих генов, разделенной среды или прямого моделирования. Это может, например, относиться к некоторым семьям, где у родителей и детей тревожные или депрессивные расстройства. Однако чаще неблагоприятное воздействие на детей проблем с психическим здоровьем у родителя опосредуется воздействием плохого воспитания, в т.ч. враждебности родителя и супружеского разлада. Эти факторы в целом увеличивают риск эмоциональных и поведенческих проблем у детей. У детей родителей с расстройством личности (антисоциальным или каким-либо другим) расстройство поведения развивается даже с большей вероятностью, чем у детей родителей с аффективными или психотическими расстройствами. Эта связь главным образом отражает то, что родители с расстройством личности больше склонны быть непоследовательными и враждебными к своим детям. Характеристики ребенка также могут иметь значение, поскольку при прочих равных дети с трудным темпераментом более вероятно вызывают враждебность родителя, чем дети с легким темпераментом.

### **Другое неблагополучие**

Другое неблагополучие, довольно часто наблюдаемое в клинической практике, включает плохое обращение (см. главу 23), издевательство (см. главу 31), бедность, а также воздействие войны и последующей миграции.

### **Размер семьи и порядок рождения**

Размер семьи и порядок рождения могут быть настолько легко и надежно измерены, что в большинстве исследований детских психиатрических проблем эти переменные включают в качестве возможных предикторов. Исследователи, нашедшие связь между психиатрическими проблемами и составом семьи, вероятно, сообщат об этом результате, тогда как исследователи, не нашедшие такой связи, могут сосредоточиться на других положительных результатах и даже не сообщить об отрицательных. Предсказуемое следствие этого - изобилие зарегистрированных связей, большинство которых не подтверждаются в последующих исследованиях.

Один из немногих систематических результатов, всплывших в этой мутной области – то, что у детей из больших семей повышен риск проблем с поведением и подростковой делинквентности.

И хотя, отчасти, это может отражать связь между большими семьями и социальным неблагополучием, размер семьи, вероятно, оказывает и прямое воздействие, при этом число братьев – более мощный предиктор проблем экстернализации, чем число сестер.

Вопреки популярной мифологии, единственны дети психиатрически не своеобразны; у детей из небольших семей относительно низкий психиатрический риск, независимо от того, один ребенок в семье или два. Одно важное следствие для нашей перенаселенной планеты то, что родители, решившие иметь только одного ребенка, не должны считать, что они эгоистично подвергают психическое здоровье своего ребенка угрозе.

Большинство «старших» и «младших» детей происходят из семей с двумя детьми, в то время как «средние» дети должны происходить из семей, где, по меньшей мере, три ребенка. Следовательно, связь между большим размером семьи и проблемами с поведением неизбежно создаст впечатление, будто у средних детей проблем с поведением больше, чем у старших или младших, если при этом не учитывать размер семьи. Как только сделана поправка на влияние размера семьи, влияет ли порядок рождения на психиатрические проблемы - неясно, однако возможно, что есть связь между отказом от школы и положением младшего в семье.

## **СОВЛАДАНИЕ И УСТОЙЧИВОСТЬ<sup>35</sup>**

### **Совокупный риск**

Являются ли некоторые неблагоприятные переживания особенно повреждающими, тогда как другие причиняют мало долговременного вреда? Теперь несколько продолжительных исследований указывают на то, что особенное значение имеет не тип стресса или фактора риска, а доза. Воздействие одного или даже двух умеренных стрессов или факторов риска лишь немногого повышает частоту психических расстройств и даже может давать долгосрочное преимущество. Дети, столкнувшиеся с умеренными стрессами и совладавшие с ними, могут быть более устойчивы к стрессам в дальнейшей жизни, чем если бы они были бы избавлены от всех стрессов. (Это не причина для того, чтобы намеренно стрессировать детей, однако причина для того, чтобы побуждать их брать на себя трудности, с которыми они могут успешноправляться.) И хотя воздействие одного или двух умеренных стрессов или факторов риска может причинить незначительный вред, а возможно, и некоторое благо, когда дети испытывают множественное неблагополучие, они гораздо более вероятно будут неблагоприятно затронуты. Как только дети сталкиваются с тремя или четырьмя стрессами или факторами риска, частота плохого исхода повышается в три - пять раз сравнительно с контролем и в этих обстоятельствах большинство детей страдают от психических расстройств. Главные факторы риска включают:

- Биологический риск (физическое заболевание, особенно травма мозга; низкий вес при рождении)
- Психическое здоровье, личность и интеллект родителя (любое психическое расстройство, особенно большие психозы, алкоголизм и преступность; особенно важны расстройства личности. Каждый из этих факторы действует независимо от стиля воспитания).
- Дисфункция семьи (разлад между родителями, враждебность и критика, стрессирующие события жизни)
- Опасный район (высокая преступность, насилие и доступность наркотиков; плохое школьное обучение, низкая социальная сплоченность).

### **Устойчивость и факторы защиты**

Несмотря на то, что совокупный риск и тяжелые стрессы обычно оказывают неблагоприятное воздействие, некоторых детей справляются значительно лучше, чем другие, и это привело к концепции *устойчивости*<sup>35</sup> к стрессу. С лучшими исходами при воздействии стресса связаны такие факторы:

- Личностные свойства (например, спокойный темперамент в отличие от раздражительного, более высокий IQ в отличие от сниженного, более сильная вера в собственные способности в отличие от слабой)
- Свойства семьи (например, тепло, близость, сплоченность)
- Использование внешней поддержки семьей и ребенком, у которого, по меньшей мере, одно сильное положительное, поддерживающее взаимоотношение с взрослым (который может быть за пределами ближайшей семьи, например дедушка или тетя)

Большая часть этих факторов связана с лучшими исходами, независимо от того, проживают дети в неблагоприятных обстоятельствах или нет. Поэтому они не только «защищают» от стресса, но и способствуют хорошему функционированию, в каких бы условиях ни жили дети. Именно это некоторые исследователи и клиницисты подразумевают под «факторами защиты», но другие предпочитают более узкое определение, исключающее факторы, которые хороши для любого. Узко определенные факторы защиты помогают свести на нет воздействие факторов риска, но не дают преимущество индивидуумам, которые не подвергаются стрессу. Это может быть более понятно по аналогии с физическим здоровьем. При использовании широкого определения, сбалансированная диета - фактор защиты, поскольку она способствует физическому здоровью любого, независимо от того, подвергались ли они воздействию инфекционных заболеваний или какому-либо иному риску. В противоположность этому, вакцинация против бешенства - узко определенный фактор защиты, поскольку он снижает риск заболеть, если был укус бешеной собаки, но не делает людей более здоровыми, если они не подвергаются воздействию бешенства. В сфере психического здоровья установлено гораздо больше факторов защиты в широком смысле, чем в узком (однако см. пример факторов защиты, действующих в узком смысле, во вставке 33.2).

## **Механизмы**

Выше дан довольно разнообразный список неблагополучий. Теперь стоит рассмотреть, что у них общего и как они могут нарушать нормальное развитие. Среда, приносящая детям вред, имеют тенденцию быть:

- Дезорганизованной, непоследовательной и непредсказуемой;
- Жесткой и наказующей;
- Опасной, пугающей и вызывающей тревогу
- Недостаточно стимулирующей
- Недостаток индивидуумов, чутко реагирующих на потребности ребенка

Эти неблагоприятные признаки могут присутствовать в ближайшем семейном окружении, и/или в более широком социальном сообществе, где живет ребенок. Вероятно, их влияние на ребенка обусловлено не только числом неблагоприятных факторов риска, но и тем, в какой степени они постоянны и широко распространены (в отличие от периодических и ограниченных определенными рамками).

Переживания могут оказывать пагубное воздействие, препятствуя развитию здоровой отзывчивости и социальному развитию, которые зависят от:

- (1) хорошо модулированной эмоциональной регуляции
- (2) надежных взаимоотношений привязанности
- (3) компетентного социального восприятия и навыков.

Накапливаются данные о том, что хроническое неблагополучие повреждает каждый из них.

Эмоциональная регуляция может быть измерена: *поведенчески* - по способности осуществлять самоконтроль при фрустрации в отличие от взрывных вспышек ярости при малой провокации, *физиологически* - на основе возбуждения (например, частоты сердечных сокращений и дыхания, кровяного давления, кожной проводимости) и *биохимически* - на основе уровня гормонов, задействованных при стрессе, например адреналина и норадреналина, а также гипоталамо-гипофизарной оси. В исследованиях на животных, а теперь и на человеке, находят, что у тех, кто в малолетнем возрасте подвергся насилию, эти системы гораздо более склонны к проявлению больших реакций на относительно небольшие стимулы, и им требуется гораздо больше времени на понижающую регуляцию. Так, например, у детей, взятых в приемную семью по причине жестокого воспитания, аномальный дневной ритм кортизола. Обнадеживает то, что он нормализуется после пребывания в стабильной приемной семье в течение года.

Надежные взаимоотношения привязанности подрываются неблагоприятным воспитанием, которому сопутствует повышенная частота всех типов ненадежности. Попустительствующему стилю воспитания сопутствуют образцы избегающей привязанности, амбивалентному стилю воспитания – образцы сопротивляющейся, а непредсказуемому, жестокому стилю воспитания – образцы дезорганизованной. Ненадежная привязанность, в свою очередь, связана с большей психопатологией и худшим функционированием. С другой, положительной, стороны, сейчас имеется более 70 контролируемых исследований, которые подтверждают, что вмешательства, увеличивающие чуткость и качество родительского воспитания, приводят к образцам более надежной привязанности (см. главу 28).

У детей, подвергшихся насилию, обычно изменены социальное понимание и навыки. У них такие восприятие и интерпретация социальных сигналов, что они с большей вероятностью предполагают враждебные намерения, и с большей вероятностью верят, что их собственная агрессивная реакция приведет к цели. Они хуже генерируют решения гипотетических социальных проблем и проявляют меньше просоциальных навыков и меньше способности пользоваться конструктивными, положительными стратегиями и поведением в социальных столкновениях реальной жизни. Им особенно плохо удается договариваться при межличностных различиях и конфликте желаний. Многие из этих стилей восприятия и реагирования полностью понятны в свете того, что пережили эти дети, и на самом деле могли быть необходимы для того, чтобы выжить. Тем не менее, они не приводят к успеху в новых взаимоотношениях и задачах.

Таким образом, продолжающиеся неблагополучия не только мучительны, они часто наносят ущерб растущим социальным, когнитивным и эмоциональным способностям ребенка. У детей, относительно иммунных к этим стрессам, обычно присутствуют факторы защиты, которые дают им возможность развить адекватную эмоциональную регуляцию, надежную привязанность и соответствующие социальные навыки.

### **Значение для клиники**

Оценка детей с психологическими проблемами наряду с характеристикой природы и интенсивности неблагополучия должна включать оценку факторов защиты. В формулировке следует явным образом описать сильные стороны и способности ребенка. Где это возможно, следует предпринять шаги для того, чтобы улучшить неблагоприятные обстоятельства. Во всяком случае и в особенности, когда все неблагополучие не может быть исправлено, помогая ребенку развивать компетентность, можно смягчить влияние психических расстройств и улучшить уверенность и самооценку. Так, при расстройстве поведения у мальчика, достаточно хорошо играющего в футбол, может быть благотворным побудить родителей водить его после школы в спортивный клуб; у депрессивной девочки со способностью к танцам, помогая этой способности развиться посредством занятий, можно так же улучшить уверенность, а иногда и симптомы. Для некоторых детей, особенно там, где неприятен и домашний, и школьные опыт, такие занятия могут быть главным или единственным положительным опытом за всю неделю.

Более формально вмешательства, направленные на социальные навыки и решение проблем, обучают детей как развивать эти общие способности. Имеется целый ряд психологических вме-

шательств при конкретных обстоятельствах, таких как хронические соматические заболевания. В клинических испытаниях доказана их действенность, но, к сожалению, они часто труднодоступны.

## **Обзоры по теме**

- Black D. (2002) Bereavement. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 299-308.
- Friedman R.J., Chase-Lonsdale P.L. (2002) Chronic adversities. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 261-276.
- Luthar S.S. et al. (2000) The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562
- Sandberg S., Rutter M. (2002) The role of acute life stresses. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 287-298.
- Wamboldt M.Z., Wamboldt F.S. (2000) Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1212-1219.

## **Дополнительное чтение и просмотр**

- Cummings E.M., Davies P.T. (2002) Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-orientated research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 31-63.
- Hetherington E.M., Kelly J. (2002) For better or for worse: divorce reconsidered. New York: Norton.  
(Эта книга – живое изложение для простого читателя большого и, возможно, наилучшего исследования развода, проведенного в США. Включает влияние на детей спустя шесть лет, а также различные стили совладания матерей и отцов.)
- Robertson J., Robertson J. (1959). A two year old goes to hospital. Ipswich: Concord films. (Очень трогательный документальный фильм о реакции ребенка на разлуку со своими родителями. Просмотр настоятельно рекомендуется.)
- Kelly J. (2000) Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: a decade review of research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 963-973.
- McNeal C., Amato P.R. (1998) Parents' marital violence: long-term consequences for children. *Journal of Family Issues*, 19, 123-139. (Репрезентативное продолжительное исследование 400 семей, показывающее, что супружеский разлад в начале жизни в последующем связан с меньшей близостью с родителями, сниженной самооценкой и меньшим счастьем, а также с большим страданием и насилием во взаимоотношениях подростков.)
- Rutter M. (2000) Psychosocial influences: critiques, findings, and research needs. *Development and Psychopathology* 12, 375-405.
- Shure M.B. (1996) Raising a thinking child. New York: Pocket books. (Классическое руководство для родителей, показывающее им, как научить своего ребенка навыкам решения проблем, применимым в ежедневных социальных конфликтах.)
- Spence S. (2003) Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 84-96.

## Глава 31 ФАКТОРЫ ШКОЛЫ И СВЕРСТНИКОВ

Несмотря на то, что семейная жизнь, несомненно, оказывает мощное влияние на многие аспекты развития ребенка, важно помнить, что большинство детей живут более чем в одном социальном мире. Даже в раннем возрасте опыт в дневных яслях может сильно отличаться от домашнего. Начиная с дошкольного возраста, взаимоотношения со сверстниками становятся все более и более важными. Близкие дружеские отношения могут амортизировать влияние на детей другого неблагополучия, тогда как издевательство, отвергание сверстниками или вовлеченность в отклоняющуюся группу сверстников, - все это может способствовать появлению психиатрических проблем. Группа сверстников и семья - два различных социальных мира; класс - третий социальный мир, и он тоже может влиять на эмоциональные и поведенческие проблемы – хорошо или плохо. Поддерживающий учитель и успех в некоторой части школьной программы может способствовать самоуважению и устойчивости, тогда как враждебный учитель и неудачи в школе могут иметь противоположное влияние. Хаотичный класс, как и хаотичная семейная обстановка, может приучить детей к насилию и деструкции, поощряя такое поведение посредством большего внимания и меньших требований. Жизненно важно принимать во внимание факторы класса и сверстников при оценке любого ребенка, а не только тогда, когда эмоциональные или поведенческие проблемы ребенка в основном ограничены классной комнатой или игровой площадкой. Стрессы в одной обстановке иногда предъявляют психиатрические проблемы в другой обстановке: стрессы дома (такие как сексуальное насилие) могут приводить к поведенческим проблемам, больше выраженным в школе, чем дома, а стрессы в школе (такие как издевательство) могут приводить к страданию или нарушениям, более заметным родителям, чем учителям.

### Проблемы обидчик-жертва

Издевательство имеет отношение к повторному и намеренному применению физических или психологических средств, чтобы причинить боль другому ребенку, без соответствующей провокации и зная, что жертва, скорее всего, не сможет эффективно отомстить. Большинство издевательств возникает в школе, а не на пути в школу и обратно. Обычно обидчики и жертвы учатся на одной параллели. И хотя предполагается, что за детьми в школе присматривают, большая часть издевательств остается не распознанными учителями, а жертвы обычно считают, что они не могут сообщить об издевательстве ни учителям, ни родителям. Примерно 2-8% детей подвергаются издевательству, по меньшей мере, раз в неделю, и 2-4% участвуют в издевательстве, по меньшей мере, раз в неделю. Менее тяжелые уровни преследования и издевательства встречаются существенно чаще. В английских исследованиях обнаружена сходная частота издевательства среди младших и старших детей, однако в исследованиях из других стран сообщается о том, что издевательство с возрастом убывает. Большинство обидчиков - мальчики, и, возможно, среди жертв – также небольшой избыток мальчиков. Для мальчиков наиболее характерно издевательство с физической агрессией; издевательство у девочек с большей вероятностью включает социальное исключение или кампании перешептывания.

Описаны два основных типа жертв: *пассивные* (или низкоаггрессивные) и *провоцирующие* (или высокоаггрессивные). Пассивные жертвы - тревожные, неуверенные, тихие индивидуумы, которые при нападении ретирируются и могут заплакать. У них обычно нет друзей и очень низкая самооценка. Пассивные жертвы, по крайней мере среди мальчиков, вероятно, физически слабее своих сверстников. Возможно, что жертвы и до начала издевательства были осторожными и чувствительными личностями, но многие другие характеристики жертв с одинаковой вероятностью могут быть и последствиями, и причинами статуса жертвы. В какой мере на издевательство влияют физическая внешность, физические ограничения или принадлежность к группе меньшинства - неясно. Провоцирующие жертвы, как и пассивные, обычно непопулярны среди своих сверстников. Однако провоцирующие жертвы в отличие от пассивных проявляют высокий уровень агрессии и неприятного поведения: лезут в драки, дразнят других, создают людям

неприятности и легко злятся. Клинический опыт позволяет полагать, что провоцирующими жертвами особенно вероятно становятся гиперактивные дети.

Нет сомнения, что во время издевательства жертвы часто испытывают значительное страдание, однако долгосрочные последствия менее ясны. Возможные последствия включают длительные проблемы с самооценкой, взаимоотношениями со сверстниками и интимными дружескими отношениями.

Обидчики обычно агрессивны не только по отношению к своим сверстникам, но и к своим си-блингам, родителям и учителям. Они положительно относятся к насилию и мало сочувствуют жертвам. Обидчики, по крайней мере среди мальчиков, вероятно физически сильнее своих сверстников. Развитие картины агрессивной личности может отражать и темперамент, и воспитание (при этом родители обидчиков больше склонны использовать силовые методы воспитания ребенка и не способны предоставить адекватное тепло, контроль и надзор). Большинство обидчиков *не* особенно подвержены тревоге, неуверенности или низкой самооценке (хотя возможно, что имеется меньшинство тревожных обидчиков, которые властвуют над своими жертвами, чтобы поддерживать свое хрупкое чувство собственного достоинства). Обидчики, как правило, не бывают несчастными или непопулярными во время издевательства. В долгосрочной перспективе у обидчиков повышен риск преступности и злоупотребления алкоголем во взрослом возрасте.

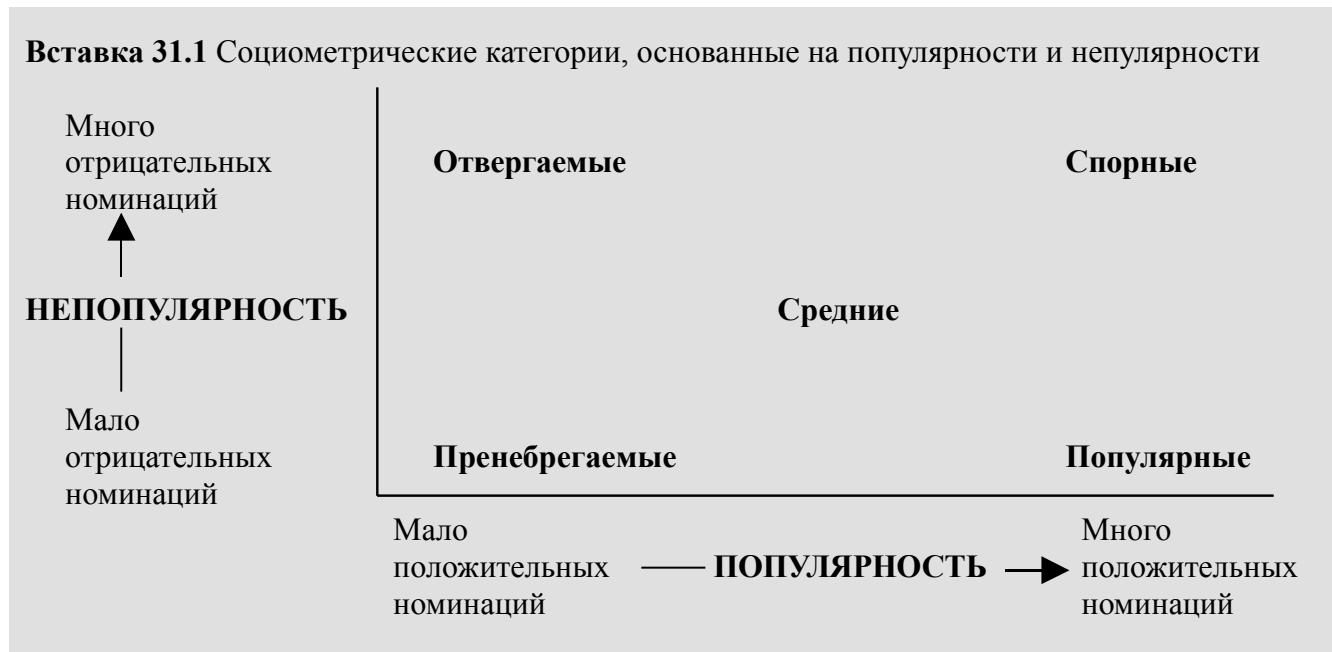
Систематические вмешательства могут снизить частоту издевательства в школах (в одном тщательно спланированном вмешательстве в Норвегии - примерно на 50%). Неприемлемость издевательства должна быть разъяснена всем детям, и эта политика должна поддерживаться адекватным надзором и твердыми, но не враждебными санкциями. Жертвам необходимо знать, что если они сообщат об издевательстве, то получат поддержку школы, родителей и своего класса.

## **Популярность и непопулярность среди сверстников**

Наиболее распространенная методика оценки взаимоотношений со сверстниками – «социометрия», при которой, как правило, каждого ребенка в классе спрашивают в конфиденциальной обстановке, с какими тремя детьми они хотели бы играть больше всего («положительные номинации») и меньше всего («отрицательные номинации»); могут также спрашивать и о других характеристиках, например, какие три ребенка в классе дерутся больше всех. До относительно недавнего времени популярность и непопулярность рассматривали как противоположные концы одной размерности, будто бы малое число положительных номинаций и большое число отрицательных номинаций имеет одно и то же значение. В недавних исследованиях популярность и непопулярность трактуют как различные размерности, образуя более широкий ряд сопутствующих категорий, показанных во вставке 31.1.

В прошлых исследованиях «непопулярных» детей обычно объединяли вместе отвергаемых и пренебрегаемых детей, - две группы, различающиеся в нескольких важных отношениях. У отвергаемых детей проблемы со сверстниками более устойчивы и чаще связаны с агрессивным и деструктивным поведением, одиночеством, печалью и учебными трудностями. В долгосрочной перспективе у отвергаемых детей больше вероятность бросить школу, вовлечься в делинквентное поведение, и более вероятны проблемы с психическим здоровьем (хотя до сих пор неясно, отвержение сверстниками прямо способствует этим дальнейшим проблемам или же просто служит маркером пожизненно дезадаптивного поведенческого стиля). Вероятно, что отвержение главным образом связано с социальным поведением ребенка, хотя может иметь значение и физическая внешность, и учебные и спортивные ограничения, и принадлежность к группе меньшинства (а некоторым социальным группам козел отпущения или изгой может быть необходим). Наиболее распространенная идентифицируемая причина отвергания сверстниками – агрессивный и деструктивный стиль. Выраженная самоизоляция, особенно в сочетании с социально неуместным или эксцентричным поведением, также может привести к отверганию. Для пренебрегаемых детей более типична меньшая степень застенчивости и избегания, и у них, ве-

роятно, нет серьезных долгосрочных последствий. Спорные дети обычно характеризуются смешанным социальным стилем, включающим и неприятные, и просоциальные составляющие.



### **Факторы учреждения**

Частота детских психиатрических проблем, прогулов и делинквентности заметно и систематически меняется от школы к школе, и часто ей соответствуют различия в результатах экзаменов. Большая часть этих различий может объясняться различиями в районе охвата и в приеме. Но даже если сделать поправку на характеристики приема, школы продолжают различаться по своему влиянию на поведение и академические достижения детей. Некоторые из этих различий могут объясняться духом школы и ее организацией. У детей с меньшей вероятностью развиваются проблемы с поведением, когда они посещают школу, где их часто хвалят и доверяют им ответственность, где учителя предоставляют образцы хорошего поведения, где высокие стандарты, хорошо организованы уроки и приятные рабочие условия. Эти факторы представляются достаточно очевидными, но важно помнить, что на эффективность школы не оказывают выраженного влияния следующие равным образом «очевидные» факторы: размер школы, возраст и планировка зданий, преемственность преподавателей и воспитательная работа<sup>24</sup>. Различия в размерах класса в пределах от 25 до 35, по-видимому, имеют незначительное влияние на эффективность школы, хотя классы гораздо меньшего размера (8-15) могут давать преимущества, если учителя пользуются возможностью взять на вооружение более индивидуализированный стиль обучения, причем эти преимущества более заметны у детей младшего возраста, имеющих специальные потребности или неблагополучное происхождение.

### **Старшие/младшие в классе**

В большинстве классов, старшие дети примерно на год старше младших. Во многих исследованиях показано, что самые младшие дети имеют тенденцию находиться в невыгодном положении с точки зрения образования. Также представляется, что они находятся в немного невыгодном положении с точки зрения психического здоровья. Так, недавно в одном большом исследовании показано, что средняя частота эмоциональных и поведенческих трудностей в младшей трети

класса наибольшая, а в старшей трети – самая низкая, – эффект, заметный как у 11-15-летних, так и у 5-10-летних. Этот эффект «относительного возраста» невелик на индивидуальном уровне, но даже умеренные эффекты, относящиеся ко многим индивидуумам, с точки зрения здравоохранения могут быть важными. Ликвидация эффекта «относительного возраста» потенциально могла бы устраниить примерно 8% детских психических расстройств.

Одно из возможных объяснений уязвимости самых младших детей в классе – то, что из-за эмоциональной и интеллектуальной незрелости им труднее держаться социально и академически в группе сверстников. Меньшие габариты и сила также могут быть факторами риска издевательства и маргинализации, особенно среди мальчиков. Кроме того, учителя обычно забывают делать соответствующие поправки на относительный возраст, и это может приводить к тому, что младших детей незаслуженно считают неуспевающими, когда они выполняют задания вполне удовлетворительно для своего возраста, – а для детей это вполне может показаться стрессирующим. Простой способ способствовать осознанию относительного возраста учителем – вести классный журнал не в алфавитном порядке, а по порядку рождения. И хотя быть одним из старших в классе, как правило, выгодно, это может создавать самостоятельный риск, например скучки или того, чтобы научиться пользоваться насилием (поскольку агрессивные взаимодействия с большей вероятностью вознаграждаются, когда насилиник большой и сильный).

## **Обзоры по теме**

- Hay D.F. et al. (2004) Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 84-108.  
Rutter M., Maughan B. (2002) School effectiveness findings 1979-2002. *Journal of School Psychology*, 40, 451-475.  
Smith P. (2004) Bullying; recent developments. *Child and Adolescent Mental Health*, in press.

## **Дополнительное чтение**

- Deater-Deckard K. (2001) Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 565-579.  
Goodman R. et al. (2003) Child psychiatric disorder and relative age within school year: cross sectional survey of large population sample. *British Medical Journal*, 327, 472-475.  
Howlin P. (2002) Special educational treatment. In: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 1128-1147.

## **ЧАСТЬ IV ЛЕЧЕНИЕ И ОБСЛУЖИВАНИЕ**

---

### **Глава 32 ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ПЕРВЫЕ ПРИНЦИПЫ**

Родители и дети приходят в службы психического здоровья по множеству причин. Они приносят с собой целый ряд мнений и опасений, касающихся природы проблемы и того, что необходимо делать. И с того момента, как переступят порог, они будут проводить оценку обслуживания, которое получают.

#### **Вовлечение семьи**

Если семья считает, что с ними плохо обращаться и их не понимают, маловероятно, что они придут снова. Если это произойдет, тогда, невзирая на то, насколько тщательно и аккуратно было проведено клиническое обследование, возможность провести полезную терапевтическую работу будет потеряна, а семья, возможно, на неопределенное время откажется от поиска помощи. Для всего процесса вовлечения жизненно важно обнаруживать мнения и опасения семьи и чутко на них реагировать. Если они почувствуют, что их понимают и обращаются с ними уважительно, то они с гораздо большей вероятностью будут принимать участие в лечении. Это требует значительной гибкости реагирования, а не одного фиксированного «правильного» способа, как поступать.

#### **Когда полезны обозначения?**

Чтобы переступить порог службы, занимающейся «психическими» проблемами, может понадобиться значительная смелость, и некоторые родители боятся, что их самих или их детей будут называть сумасшедшими, плохими, ненормальными или больными на голову. Они могут быть сыты по горло тем, что их заставляют чувствовать себя ни на что не годными, потому что целый ряд людей, облеченных властью, говорят им, что все, что они делают, неверно. Если в таких обстоятельствах им, например, скажут, что у их сына серьезное заболевание, которое обозначают «расстройство поведения», и что им требуется пройти курс обучения, чтобы научиться «правильному» способу обращаться со своим ребенком, это может только усугубить у них чувство неадекватности и отчаяния. Такой семье было бы более конструктивно сказать, что их ребенок действительно упрям и временами может вести себя антисоциально, но у него (или у нее) много сильных сторон, ставших незаметными из-за его (или ее) реакций на стресс, вызванный школьными трудностями. Несомненно, что когда родители приводят своего ребенка на прием, они делают для него (или нее) все, что только могут. Если они получат поддержку в том, чтобы делать еще больше нужных вещей, которые уже делаются, есть надежда на улучшение.

В других семьях может быть справедливо обратное, и дающий диагностическое обозначение подход может снять с семейных взаимоотношений напряжение и помочь всем вовлеченным сторонам сосредоточиться на потребностях ребенка. Это может действовать по нескольким причинам:

- (1) Для некоторых семей, официальное «обозначение» - единственная и самая важная вещь, которую они выносят из своего контакта со специалистами по психическому здоровью детей. Узнать, что проблему распознали, может быть огромным облегчением, особенно при таких «необычных» расстройствах, как детский аутизм или синдром Туретта. Не случайно злые духи в сказках часто теряют, по меньшей мере, часть своей силы, как только их назовут по имени. Обычно у ребенка и семьи уменьшается чувство изоляции, как только они узнают, что у других детей и семей сходные проблемы. Специалистам следует информировать семьи

о соответствующих группах добровольцев. По некоторым детским психическим расстройствам имеются и местные, и национальные организации родителей. Присоединяясь к этим группам, семьи получают возможность познакомиться с другими людьми, находящимися в похожей ситуации, а также могут получить доступ к информационный бюллетеням, брошюрам и обсуждениям.

- (2) Диагноз может также быть «паспортом», который необходим детям и семьям, чтобы получить разрешение на доступ к помощи специального образования, добавочным пособиям, специальным дням отдыха и т.д.
- (3) Диагноз часто появляется вместе с прогнозом. Когда прогноз естественной ремиссии хороший, семья может быть рада остаться без посторонней помощи и дать времени сделать свое дело. И действительно, можно ускорить самопроизвольное выздоровление, разрядив тревогу о будущем.
- (4) Объяснение смысла диагноза, кроме того, дает возможность передать важную информацию о природе и происхождении симптомов. Это тоже может иметь терапевтическую ценность, как показывают три следующих примера. Знание о том, что детский аутизм не вызван родительской неотзывчивостью, может помочь родителям и остальным преодолеть чувства вины и осуждения. Учителям и родителям, возможно, станет легче конструктивноправляться с гиперактивным ребенком, как только они узнают, что он или она не просто капризны. Знание о том, что синдром Туретта - нейробиологическое расстройство, может помочь прогнать представления об «одержимости».
- (5) Наличие обозначения может быть формально использовано в терапевтической работе, чтобы изменить обращение с ребенком как с «козлом отпущения». Например, вместо того, чтобы возлагать вину за склонность ребенка прыгать вверх-вниз во время обеда и постоянно ерзать на его вредоносность и непоколебимое желание довести свою мать, можно помочь родителям «экстернализировать» проблему и представить себе, что его заставляет ерзать его гиперактивность. Тогда в попытках победить трудности и мальчик, и его родители могут быть на одной стороне.

### **Необходимо воздействовать и на симптомы и на социальные нарушения**

Маловероятно, что лечение будет эффективным, если проблему не точно охарактеризовали. И наиболее квалифицированный психотерапевт не уйдет далеко, если важный содействующий фактор не выявлен и препятствует прогрессу. Поэтому прежде чем приступить к планированию ведения и лечения, совершенно необходимы тщательная оценка и формулировка. Сосредоточившись исключительно на психиатрических симптомах часто ошибочно. Как описано в главе 1, обычно следует диагностировать психическое расстройство, только если выполняются два условия: у ребенка признанная конstellация симптомов, и эти симптомы оказывают значительное влияние. Это неблагоприятное влияние часто принимает форму социальных нарушений, затрагивающих домашнюю жизнь, учебу в школе, дружеские отношения или занятия в свободное время. Может потребоваться, чтобы план вмешательства был нацелен и на симптомы, и на социальные нарушения. Так, если у подростка депрессия, может быть недостаточно лечить подавленное настроение и проблемы со сном. Может быть также совершенно необходимо решить, как взяться за проблему прекратившихся дружеских отношений и выработать план по наверстыванию пропущенной учебе в школе. И даже там, где может быть трудно непосредственно воздействовать на симптомы, можно сделать много хорошего, способствуя развитию навыков и самоуважения, например убедив детей развивать свой интерес к спорту, вступив в клуб, где будут способствовать развитию их способности, и сверстники будут их ценить.

## **Сложные проблемы могут потребовать сложных решений**

Проблемы, которые предъявляют специалистам по психическому здоровью детей, редко бывают простыми. Возьмем, например, мальчика, предъявляющего проблемы с поведением. Тщательная оценка может указать на то, что имеет значение все следующее:

- Унаследованная склонность к гиперактивности;
- Пищевая непереносимость цитрусов и пищевых добавок;
- Специфические трудности в чтении;
- Склонность представлять других людей враждебными, когда этого нет;
- Семейная среда, приучившая его пользоваться насилием, чтобы получать внимание и уклоняться от требований;
- Несоответственный родительский надзор;
- Членство в отклоняющейся группе сверстников.

Возможно, можно помочь, взявшись только за один из этих факторов; вызванное этим улучшение в одной сфере может сломать порочный круг и позволить ребенку выzdороветь. Однако клинический опыт чаще указывает на то, что необходимо сразу же нацелиться на несколько проблемных сфер. Вмешательства при проблемах с психическим здоровьем детей могут быть направлены на:

- *Физиологическую функцию ребенка*, например диета, медикаментозное лечение;
- *Знание семьи о заболевании*, например пояснительные брошюры;
- *Внешние события, сопряженные с поведением ребенка*, например программы тренинга родителей, поведенческая терапия специфических симптомов;
- *Внутренний мир ребенка*, например когнитивная терапия, межличностная терапия;
- *Семейные взаимоотношения и убеждения*, например снижение выражения отрицательных эмоций, семейная терапия;
- *Взаимоотношения со сверстниками*, например тренинг социальных навыков, групповая терапия;
- *Занятия в школе*, например дополнительно помочь по чтению, программа, препятствующая издевательству;
- *Экономическая и социальная среда семьи*, например смена жилья, программы дружеской поддержки для изолированных семей;
- *Альтернативы семейному воспитанию*, например приемная семья, поступление в интернат.

Они не исключают друг друга и некоторые из них можно комбинировать.

## **Работать с другими организациями**

Многим детям и семьям, которых принимают службы психического здоровья, требуется также специальная помощь других организаций, в особенности образовательных и социальных служб. Совершенно необходимо, чтобы каждая организация четко определила свою роль и работала в сотрудничестве с другими организациями ради общей цели. Связующие собрания должны быть средствами достижения цели, а не самоцелью!

## **Лечение не должно отражать этиологию**

Расстройство, вызванное физическими факторами, может потребовать психологического лечения и наоборот. Не всегда нужно огнем бороться с огнем, иногда целесообразно бороться с огнем водой! Так, истерический паралич у ребенка может лучше реагировать на физиотерапию, чем на психотерапию. Медикаментозное лечение может облегчить гиперактивность ребенка,

даже если эта гиперактивность обусловлена воспитанием в крайне неудовлетворительном сиротском приюте. Равным образом ребенку с недостаточной обучаемостью, имеющей генетическую причину, может помочь специальное образование. А для подростка с биологически обусловленной шизофренией может быть благотворно снижение выражения отрицательных эмоций у родителя.

## **Выбор подходов к лечению**

Возрастает акцент на том, чтобы обеспечение основывалось на доказательствах<sup>25</sup>, причем при обеспечении здоровья движение в этом направление, как правило, ушло дальше, чем при обеспечении образования и социальной работы. Доказательная основа жизненно важна потому, что клиническая мудрость и здравый смысл на удивление подвержены ошибкам. Может оказаться, что «самоочевидно» благотворные вмешательства хуже, чем ничего. Например, в одном тщательном рандомизированном испытании интуитивно привлекательного комплексного социального и психологического вмешательства для детей с высоким риском делинквентности показано, что это вмешательство значительно ухудшало долгосрочный исход. Показано также, что при других вмешательствах, внушающих доверие, эффект был лишь незначительный или его вовсе не было. Так, похоже, что обычные трициклические антидепрессанты у детей и подростков с депрессией неэффективны, а по поводу эффективности более новых селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) продолжаются разногласия (см. главу 10). Сходным образом многие виды психологического лечения детей, проводимого в каждодневной клинической обстановке, неэффективны, или почти неэффективны.

С другой, положительной, стороны, испытания лечения и метаанализы этих испытаний продемонстрировали эффективность все большего ряда специфических видов лечения детских психических расстройств (см., например, вставку 32.1). Но насколько они эффективны? Знать, что конкретное лечение приводит к статистически достоверному различию - недостаточно; помимо

### **Вставка 32.1 Примеры эффективного и неэффективного лечения**

Имеются обширные и обоснованные доказательства эффективности:

- Медикаментозного лечения при гиперкинезе
- Тренинга родителей при расстройстве поведения детского возраста
- Поведенческих методов при загрязнении и энурезе
- Семейной терапии при анорексии

Имеются достаточно обоснованные доказательства в пользу:

- Когнитивно-поведенческой терапии подростковой депрессии
- Лечения посттравматического стрессового расстройства дебрифингом
- Поведенческих подходов к отказу от школы
- Схем посещений на дому при физически плохом обращении

Имеются доказательства, что следующее мало или совсем неэффективно или вредно:

- Нецеленаправленная семейная работа при расстройстве поведения
- Проводимая в клинической обстановке терапия социальных навыков при проблемах взаимоотношений со сверстниками
- Социальная работа и общая поддержка при делинквентности
- Медикаментозное лечение депрессии трициклическими препаратами

этого совершенно необходимо знать, достаточно ли велико это различие? чтобы быть достоверным клинически. При достаточно большом испытании или при метаанализе и крошечный эффект, не имеющий никакого клинического значения, может быть статистически достоверным. Существует несколько способов измерения эффективности лечения. Наиболее распространенный – это *величина эффекта*, которая выражает изменение в единицах «стандартного отклонения». Например, если у нелеченых детей с гиперкинезом показатель гиперактивности в среднем на 2,5 стандартных отклонения выше, чем среднее значение в популяции, и если медикаментозное лечение стимуляторами снижает его в среднем до 1,4 стандартных отклонения выше популяционного среднего, говорят, что величина эффекта 1,1 (т.е. 2,5 минус 1,4). Огромное преимущество этого показателя в том, что он позволяет прямо сравнивать разнообразные результаты лечения, например по различным показателям депрессии или же по показателям симптомов и показателям социальных нарушений.

При успешных видах психологической терапии величина эффектов, когда их проводят в исследовательской обстановке, обычно около 0,6 – 0,8. Однако при психологической терапии в обычной клинической обстановке средняя величина эффекта может быть меньше или равна нулю. Чем обусловлена эта разница? Вероятно, часть различий объясняется тем, что из исследовательских испытаний исключаются дети и семьи, трудные для лечения. Много и других правдоподобных объяснений, хотя только некоторые из них подтверждаются эмпирическими доказательствами (см. вставку 32.2). Общий итог для специалистов по психическому здоровью и отрезвляющий, и оптимистичный. Отрезвляющий потому, что если от психологической терапии, которую в настоящее время применяют в каждодневной обстановке, эффект иногда мал, а иногда совсем отсутствует, тогда представляется трудным обосновать затраченные средства; а оптимистичный – потому, что в будущем эффективность могли бы повысить три изменения в акцентах. Эти изменения: сдвиг акцента в сторону поведенческих и когнитивных подходов; применение не расплывчатых, диффузных и смешанных подходов, а специфических, направленных методов

### **Вставка 32.2 Почему психологическая терапия в обычной клинической практике гораздо менее эффективна, чем в исследовательских испытаниях? (по Weisz et al, 1995)**

#### **Вероятно, имеет значение:**

- Клиники меньше используют поведенческие и когнитивные подходы;
- Клиники меньше полагаются на специфические, направленные методы терапии
- Клиники с меньшей вероятностью структурируют терапию (например, посредством руководств по лечению) и контролируют, что психотерапевт придерживается планов лечения
- Клиники лечат случаи с высокой степенью коморбидности и нерегулярно посещающие семьи – и то, и другое во многих исследовательских испытаниях является критерием исключения

#### **Вероятно, не имеет значения:**

- Данные исследований более свежие, чем клинические данные
- В некоторых исследованиях используют испытуемых, являющихся привлеченными добровольцами, а не направленными на прием пациентами
- Клиническая обстановка меньше способствует успеху
- Клиницисты менее эффективны, чем психотерапевты-исследователи
- Психотерапевты-исследователи прошли специальную методическую подготовку непосредственно перед вмешательством
- Клиники должны обеспечивать широкий спектр детей и широкий спектр проблем
- Клиники с меньшей вероятностью предоставляют краткие вмешательства

лечения; а также применение структурированных методов терапии (например, посредством руководств по лечению) с достаточным контролем, позволяющим убедиться, что психотерапевты последовательно придерживаются планов лечения. Хорошие программы обучения и продолжающаяся супервизия эксперта помогают психотерапевтам предоставлять доказательное лечение, в точности воспроизводящее намеченный подход.

Очевидно, что имеет смысл использовать подходы к лечению, действенность которых показана. Однако на практике невозможно полагаться только на данные опубликованных испытаний и протоколов. Например, формальные испытания обычно проводят на детях, полностью соответствующих диагностическим критериям операциональных синдромов, тогда как во многих клинических случаях - диффузные или частичные синдромы этим критериям не соответствуют. Как их следует лечить? Коморбидность – также важный вопрос: наличие у одного и того же человека более чем одного заболевания - скорее правило, чем исключение в клинической практике. Поэтому если у ребенка три коморбидных диагноза, следует ли дать ему последовательно или одновременно три вида лечения по руководствам? О наилучшем подходе при коморбидных расстройствах почти нет данных. Кроме того, в силу обстоятельств и предпочтений ребенка или семьи стандартные протоколы могут оказаться неприменимы. Очевидно, что ключевую роль по-прежнему играют клиническое суждение и импровизация - экстраполировать опубликованные данные о том, что действительно, но не следовать им по-рабски.

### **Видоизменять лечение в соответствии с результатом**

Выбрав курс лечения, недостаточно просто давать лечение; важно также контролировать его результат. Цели лечения следует зафиксировать вначале. Удалось ли их достичь? Это можно оценить клинически, хотя часто бывает полезно поискать независимое подтверждение, например предъявляя ребенку, родителям или учителям короткие опросники. Если же цели лечения не достигнуты, то, прежде чем отказаться от него, либо настаивать на увеличении того же самого, часто имеет смысл повторно оценить ребенка и пересмотреть формулировку. Возможно, что ребенок оказался резистентным к лечению потому, что первоначальный диагноз был неверным - пересмотренная формулировка может предложить пересмотр лечения. Но даже когда первоначальная формулировка по-прежнему представляется правильной, может быть целесообразно переключиться на другое лечение. Даже если в испытаниях показано, что лечение X обычно действует лучше, чем лечение Y, меньшая часть пациентов может лучше реагировать на Y, чем на X. Если ребенок и семья сильно заинтересованы, можно попробовать лечение второго выбора, когда лечение первого выбора не помогает.

### **Дополнительное чтение**

- Carr A. (2000) *What works with children and adolescents? A critical review of research on psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Routledge.
- Fonagy P. et al. (2002) *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. London: Guilford Press.
- Garralda M.E., Hyde, C. (2003) *Managing Children with Psychiatric Problems*, 2<sup>nd</sup> edition. London: British Medical Journal Books.
- Hengeller S.W. et al. (1997) Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: the role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.
- Kazdin A., Weisz J. (2003) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. London: Guilford Press.
- McClellan J.M., Werry J.S. (2003) Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: an inventory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1388-1400.

- McCord J. (1992) The Cambridge-Somerville study: a pioneering longitudinal-experimental study of delinquency prevention. In: McCord J., Tremblay R.E. (eds) Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth through Adolescence (New York: Guildford Press, pp. 196-206. (Это тщательное исследование положило конец всем представлениям о том, что вмешательства «здравого смысла» обязательно должны приносить больше пользы, чем вреда.)
- Weisz J.R. et al. (1995) Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: Why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 83-106.

## Глава 33 ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Изречение «предупреждение лучше, чем лечение» содержит привлекательную идею. Можно будет избежать боли и страдания от признанных расстройств, а также значительных расходов на их лечение. Медицина предоставляет несколько отличных примеров: прекращение курения предотвращает ненужный рак легких и сердечные приступы, а также астму у детей, подвергающихся воздействию дыма; фолиевая кислота во время беременности предотвращает риск рождения малышей с расщепленным позвоночником (*spina bifida*); иммунизация противополиомиелитной вакциной предотвращает паралич от полиомиелита. Поскольку во всех странах мира большая часть детских психических расстройств вообще не лечится специалистами и почти во всех странах недостаточно служб, чтобы это делать, предупреждение может иметь особенное значение. Но можно ли заниматься предупреждением детских психических расстройств на практике? И будет ли это рентабельно? У чрезмерно горячего проведения программы предупреждения есть и теневая сторона. Учитывая то, что на психическое здоровье тратятся ограниченные средства, есть риск, что сократят службы для лечения установленных заболеваний. Это будет неразумно, так как, во-первых, даже дешевые и эффективные программы предупреждения никогда не смогут исключить возникновение существенного количества случаев (а на самом деле, выявляя больше установленных заболеваний, могут увеличить потребность в их лечении). Во-вторых, более дорогостоящие и менее эффективные программы предупреждения могут быть не лучше, чем эффективное, исцеляющее лечение. Цель этой главы – изучить, какие условия необходимы для того, чтобы предупреждение эффективно улучшало детское психическое здоровье, и дать некоторые примеры тех случаев, когда его пробовали на практике.

### Типы предупреждения

*Первичное предупреждение* в первую очередь предотвращает появление расстройства; *вторичное предупреждение* предотвращает развитие осложнений расстройства. Рассматривая предупреждение *расстройств* в детском психическом здоровье, мы можем захотеть расширить эти границы и рассмотреть также предупреждение *плохого психосоциального функционирования и страдания*. Каждый из этих трех элементов может существовать независимо от двух других.

Программы предупреждения могут быть:

- (1) *Универсальные*, охватывающие всю популяцию. Потенциальные преимущества включают возможность сделать вмешательство общепринятым, частью обычной культуры, и этим избежать стигм; универсально производить вмешательства может быть также легче, как добавлять в воду фторид или обучать всех школьников тому, каков риск от приема наркотиков. Недостатки - цена и ресурсы, требуемые для осуществления универсального охвата, в особенности, если вмешательство не оказывает влияние на большую часть популяции.
- (2) *Направленные*, охватывающие часть популяции с повышенным риском возникновения заболевания. Потенциальные преимущества включают рациональное использование ресурсов, что позволяет избежать ненужных расходов на те случаи, где они совершенно не требуются. Недостатки включают необходимость в скрининговой процедуре - приемлемой, чувствительной и специфической, так чтобы она позволяла отобрать тех, у кого, вероятно, разовьется заболевание, оставляя тех, у кого этого не будет. Кроме того, скрининговая процедура и вмешательство могут восприниматься как стигматизация, и это может препятствовать набору, например, родители могут не оценить, если их пригласят в группу, которую отдел социальной службы организует для тех, кто подвержен риску жестоко обращаться со своими детьми. Другой недостаток – то, что хотя в популяциях, на которые нацелено вмешательство, риск может быть и значительно выше, большинство случаев будет возникать в остальной части популяции. Так, распространенность расстройства поведения в беднейшей десятой части популяции Соединенного Королевства около 18% сравнительно примерно с 5% в остальной части популяции. Тем не менее, при осуществлении эффективных программ

предупреждения, полностью искореняющих расстройство поведения у тех, кто подвержен риску вследствие бедности, будут пропущены почти три четверти случаев.

- (3) *Предписанные*, охватывающие тех детей, у которых уже проявляются ранние признаки заболевания. Преимущество этого подхода в том, что он наиболее эффективен в том смысле, что применяется только там, где это необходимо. Недостатки включают тот факт, что к тому времени, когда предоставляется вмешательство, мог уже возникнуть значительный ущерб, что делает вмешательство более сложным, дорогостоящим и менее эффективным, чем могло бы оказаться более раннее предупреждение. Тем не менее вмешиваться на этой стадии, вероятно, все же легче, чем тогда, когда устанавливают резко выраженное заболевание, например обычно легче смягчить умеренную социальную тревогу в девять лет, чем длящийся несколько месяцев отказ от школы в двенадцать.

Во вставке 33.1 показаны некоторые термины, применяемые при использовании скрининговых тестов.

#### **Вставка 33.1 Терминология скрининговых тестов**

Результат скринингового теста	Истинный диагноз	
	Случай	Не случай
	a	b
Истинно положительный	a	Правильно установленный случай
Истинно отрицательный	d	Правильно установленный не случай
Ложно положительный	b	Не случай, ошибочно установленный скрином как положительный
Ложно отрицательный	c	Случай, ошибочно установленный скрином как отрицательный
Чувствительность	a/a+c	Доля правильно установленных случаев
Специфичность	d/b+d	Доля правильно установленных не случаев
Положительная предсказательная ценность	a/a+b	Доля скрин-положительных предсказаний, являющихся случаями
Отрицательная предсказательная ценность	d/c+d	Доля скрин-отрицательных предсказаний, являющихся не случаями

#### **Условия, делающие предупреждение осуществимым**

- (1) Эффективный скрининговый или устанавливающий тест или процедура при целенаправленных программах предупреждения. Он должен был чувствительным, т.е. нельзя пропускать много случаев (низкая частота ложно отрицательных) и специфичным, так чтобы излишне не выявлять случаи, у которых не будет расстройства (низкая частота ложно положительных). Сейчас в больших и разнообразных популяциях имеются хорошие психометрические данные по таким легко предъявляемым скрининговым инструментам, демонстрирующим способность предсказывать эмоциональные и поведенческие расстройства, как Опросник Сильные стороны и трудности, CCT (SDQ).

- (2) Эффективное профилактическое вмешательство, принимаемое существенной частью популяции, которой его предлагают. Например, имеются, как показано ниже, эффективные программы по расстройству поведения.
- (3) Серьезные длительные последствия в том случае, если разовьется резко выраженное заболевание. Кроме того, предупреждение помогает обосновать необходимость дорогостоящих служб для того, чтобы лечить заболевание или справляться с ним. Так, предупреждение депрессии привело бы к большему уменьшению страданий и большей экономии расходов, чем предупреждение фобии пауков. Депрессия, в силу ее высокой распространенности и влияния, во всем мире считается наиболее дорогостоящим среди всех психических расстройств взрослых.
- (4) Недостаток эффективного, доступного и относительно недорогого лечения резко выраженного заболевания. Например, предупреждению аутизма можно отдать предпочтение перед предупреждением специфических фобий, поскольку существует достаточно эффективное лечение последних.

## **Факторы риска и защиты**

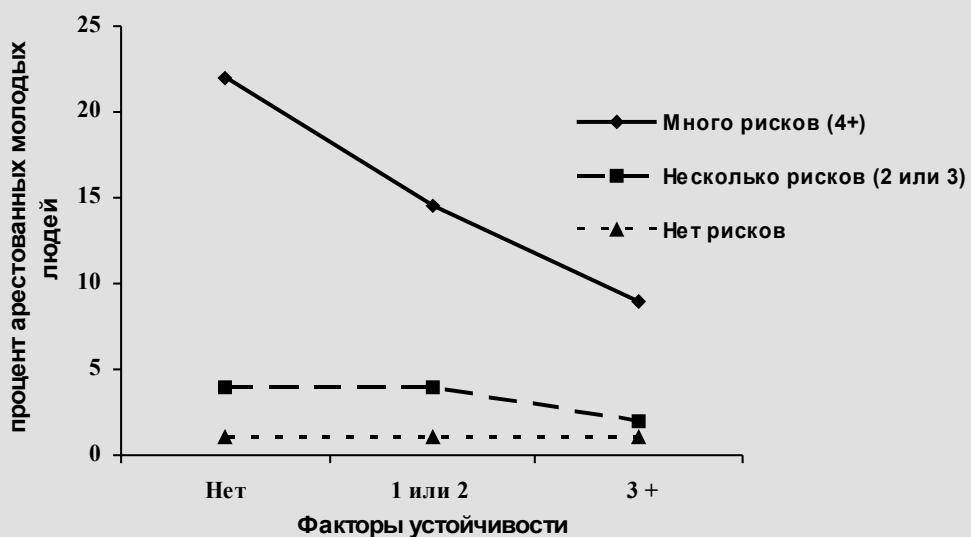
О том, что предрасполагает к детским психическим расстройствам, известно много, как описано в главе 30 и во многих других частях этой книги. Некоторые факторы риска относительно специфичны, например наличие сильного генетического груза при шизофрении. Другие факторы риска менее специфичны и предрасполагают индивидуумов к широкому спектру расстройств, а обычно и к худшему психосоциальному функционированию. Примеры относительно неспецифичных факторов риска включают: низкий IQ и низкие академические достижения, проблемы неврологического развития, плохое родительское воспитание, недостаток доверительных взаимоотношений, беспорядочный уход, отсутствие источника для самоуважения, антисоциальных друзей и плохо организованную школу. Бедности сопутствует преизбыток трудностей, однако тот факт, что она служит для них хорошим показателем (и поэтому при направленном вмешательстве ее можно использовать как маркер), не обязательно означает, что она является причиной. Поэтому возможно, что ликвидация бедности не снизит распространенность расстройств в столь значительной степени (однако, несмотря на это, она желательна). Поскольку влияние факторов риска обычно накапливается (см. главу 30), наилучшая стратегия предупреждения может быть одновременно нацелена на несколько факторов риска.

Многие факторы риска детских психических расстройств выпадают из сферы клинической компетенции специалистов по психическому здоровью детей. Конечно, это не удерживает их от того, чтобы, объединяясь с другими специалистами и членами широких кругов общества, содействовать мерам, снижающим эти факторы риска. Например, несмотря на то, что много веских причин содействовать улучшению образования, специалисты по психическому здоровью детей могут предоставить данные своей клинической работы и исследований о том, что одним из лобовых преимуществ будет улучшение эмоционального и поведенческого приспособления на протяжении школьных лет и в дальнейшей жизни. Сходным образом много веских причин регулировать движение и снижать несчастные случаи, но специалисты по психическому здоровью детей могут добавить свои данные, что это уменьшит хронические и инвалидизирующие психологические последствия, такие как ПТСР детского возраста или нейропсихиатрические последствия тяжелых травм головы в детстве.

Даже там, где нельзя непосредственно предотвратить симптомы или расстройство, усиливая факторы защиты, можно улучшить психосоциальное функционирование и качество жизни. Это особенно важно при действии нескольких факторов риска. Вставка 33.2 иллюстрирует этот момент данными исследования 7000 18-летних. Рискованный стиль жизни определяли с помощью шкалы от 0 до 8 рисков, учитывая пребывание в наихудших 10-20% популяции по: (i) приему алкоголя, (ii) употреблению наркотиков, (iii) известен в социальной службе, (iv) наличию потребности в специальном образовании, (vi) прогулам, (vii) наличию проблем с поведением в школе и (viii) побегам из дома. Наличие факторов защиты оценивалось максимум до 5 по (i) хо-

рошему физическому здоровью, (ii) повышенному IQ, (iii) эмоциональному контролю, (iv) социальными навыками и зрелости и (v) уровню энергии. В отсутствие индексов риска наличие факторов защиты в детстве не приводило к заметным различиям в уровне преступности. Но в их присутствии факторы защиты давали чрезвычайно существенные преимущества, сильно снижая уровень преступности. Из этого следует, что для достижения максимальной эффективности программ предупреждения в детском психическом здоровье, эти программы, помимо направленности на симптомы расстройства, должны также способствовать навыкам и устойчивости.

**Вставка 33.2** Влияние факторов устойчивости на уровень преступности, сгруппированное по числу рисков (по данным Stattin and Magnusson, 1996)



Восхитительная перспектива профилактических программ в детском возрасте – их потенциально большие последствия, если они предотвратят расстройства и улучшат функционирование на протяжении жизненного пути. Тем не менее, несмотря на то, что накапливаются доказательства их эффективности, до сих пор лишь немногие были широко приняты. Это может показаться удивительным там, где государство поддерживает медицинские программы предупреждения с гораздо более сомнительным преимуществами (например, в Соединенном Королевстве – назначение препаратов, сокращающих продолжительность гриппа только на один или два дня). Одна из причин недостаточного осуществления программ предупреждения в детской психиатрии – то, что в настоящее время не достает хороших данных о бремени расстройств. По большинству детских психических расстройств мало исследований «стоимости заболевания» и нет общепринятых показателей Качества жизни (КЖ), позволяющих проводить сравнения с влиянием соматических расстройств. Показатели КЖ при терапевтическом заболевании охватывают такие размерности, как боль, подвижность, способность общаться и способность позаботиться о себе. Они далеко не соответствуют тем путям, которыми обычно ведут к нарушениям психические расстройства, например препятствуя способности к *продуктивности* (оцениваемой, например по успехам в школьных занятиях, успешному участию в конструктивных развлечениях и спортивных занятиях, возможности подходящим образом и с пользой участвовать в каждодневных домашних занятиях, таких как совместная еда, совместная выезды из дома и т.д.), и способности к *поддержанию хороших взаимоотношений* с родителями, сиблингами, сверстниками и другими взрослыми, такими как учителя (оцениваемой, например, по успешному выполнению совместных дел, хорошему общению и эмоциональной поддержке). Эти показатели психосоциального функционирования хорошо обоснованы, но они не являются общепризнанными эквивалентами показателей качества жизни.

## **Пример расстройства поведения**

Расстройство поведения показывает, чего можно достичь в профилактической детской психиатрии. Оно соответствует четырем критериям осуществимости:

- (1) Относительно легкий скрининг риска, например короткие опросники симптомов антисоциального поведения могут заполняться учителями и родителями. Высокая оценка хорошо предсказывает расстройство поведения в будущем, особенно если сочетается с другими факторами, такими как гиперактивность и плохие взаимоотношения со сверстниками, которые также охватываются некоторыми скрининговыми опросниками.
- (2) Вмешательства эффективны (см. обсуждение ниже).
- (3) Если заболевание развивается, то последствия серьезны и дорогостоящи. При расстройстве поведения с ранним началом последствия пожизненные, в т.ч. заметно повышен риск частых правонарушений, пристрастия к наркотикам, низких учебных достижений, безработицы, нарушенных взаимоотношений, насильственных травм и преждевременной смерти. В одном исследовании «стоимости заболевания», проведенном в сообществе, установлено, что дети с расстройством поведения к 28 годам стоят обществу в десять раз больше, чем контрольные.
- (4) Отсутствие лечения. Хотя в демонстрационных проектах в США показано, что всесторонние программы лечения в подростковом возрасте, такие как мультисистемная терапия, снижают правонарушения на 50%, предоставлять их стоит очень дорого (около 20-30 000 фунтов стерлингов<sup>26</sup> на каждый случай) и в большинстве стран, в т.ч. и в Соединенном Королевстве, возможностей предоставлять их мало или совсем нет.

Буквально в сотнях рандомизированных контролируемых испытаний показана эффективность родительского тренинга для детей, *направленных в клинику* с поведенческими симптомами. Недавно в нескольких больших рандомизированных контролируемых испытаниях изучали эффективность направленных программ предупреждения, основанных на улучшении множества факторов у *подверженных риску* детей, выбранных из общей популяции. Проект «Семьи и школы вместе» (сокращенно FASTrack - Быстрое отслеживание) охватил 1000 5-летних, у которых антисоциальное поведение превышало 90-й процентиль. Случайным образом выбранная половина в течение всего школьного года получала следующее воздействие: (1) еженедельная группа по управлению ребенком для родителей, в т.ч. реальные тренировки в присутствии собственных детей, (2) индивидуальные академические уроки два часа в неделю, (3) учителей обучали навыкам управления классом, (4) дважды в неделю для всех детей проводили занятия по эмоциональной грамотности, подчеркивающие понимание своих собственных чувств, в т.ч. гнева и фruстрации, (5) чтобы способствовать дружеским отношениям с просоциальными, а не с антисоциальными сверстниками, выбранные дети должны были каждую неделю проводить один час с хорошо адаптированным одноклассником. Но, несмотря на замечательное теоретическое основание этого огромного проекта по предупреждению, эффективность была умеренной: антисоциальное поведение обычно улучшалось только примерно на 0,2 стандартных отклонения, и долгосрочное прослеживание показывает, что этот выигрыш уменьшается. Тем не менее, поскольку была вовлечена вся популяция (участвовало более 75% семей из группы риска), выигрыш для здоровья - существенный, даже если издержки и велики.

Предоставление только одной составляющей - родительского тренинга, но при использовании его для воздействия на множественные факторы риска, дало лучшие результаты с точки зрения абсолютной эффективности и рентабельности. Недавно в ходе одного испытания в Соединенном Королевстве родителей обучали навыкам управления ребенком и тому, как читать вместе со своими детьми, основываясь на современном понимании усвоения грамотности. Примерно на 0,4 стандартных отклонения улучшилось все: и антисоциальное поведение, и гиперактивность, и чтение. Отличительным признаком этого испытания был сильный акцент на высоком качестве

выполнения, что привело к высокой *точности воспроизведения лечения*. Появляются данные, что точность воспроизведения лечения оказывает сильное влияние на результаты, так что главным для достижения эффективности оказываются высокое качество подготовки и высокое качество проводящейся супервизии с видеозаписью действий психотерапевта.

### **Предупреждение других расстройств**

Существуют программы по тревоге и депрессивным симптомам, при испытаниях обе оказались достаточно эффективны. Некоторые включают родителей, а некоторые принимают непосредственно детей. Одно из преимуществ принимать непосредственно детей – то, что обычно существенная часть родителей не являются на программы предупреждения. Как можно ожидать, обычно ими оказываются те, у кого самый высокий риск, например неблагополучные бедные семьи с одним родителем. Если можно принимать ребенка в школе одного, участие родителей необязательно. В США огромное количество программ предупреждения употребления наркотиков обычно направлено на тинейджеров. К сожалению, участвует примерно только треть семей из группы риска и результаты весьма скромные.

### **Предупреждение риска в трудных ситуациях**

В нескольких испытаниях программ по родительскому воспитанию показано снижение жесткого воспитания и насилийных действий в отношении ребенка. Тем не менее, программы по родительскому воспитанию в группах высокого риска проводятся недостаточно широко, поскольку организации, которые могли бы в первую очередь их предлагать, например отделы социальных служб, часто слишком заняты, пытаясь справиться с тяжелыми случаями по защите детей. Некоторые сдвиги происходят, но еще предстоит пройти долгий путь. Доказано, что вмешательства с целью смягчения воздействия развода уменьшают эмоциональные и поведенческие симптомы.

### **Будущее**

Широкое осуществление программ предупреждения будет отчасти зависеть от того, чтобы дальнейшие исследования обрисовали их преимущества и рентабельность, а отчасти – от того, чтобы убедить правительство, что стоящие приобретения вполне реалистичны. Для того чтобы возникли существенные изменения, будут необходимы сдвиги в убеждениях у всей популяции, а это, почти несомненно, потребует значительного применения широковещательных средств информации, таких как телевидение. Показано, что в развивающихся странах материнское образование имеет ключевое значение для уменьшения размера семьи, а следовательно, и улучшения питания и материального положения детей, что, в свою очередь, способствует более здоровой и стоящей жизни.

### **Обзор по теме**

Offord D.R., Bennett K.J. (2002) Prevention. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 881-899.

### **Дополнительное чтение**

Carr A. (2002) Prevention: What works with Children and Adolescents? Hove: Brunner-Routledge  
Conduct Problems Prevention Research Group (1999) Initial impact of the Fast Track prevention trial  
for conduct problems: 1. The high-risk sample. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,  
631-647.

Stattin H., Magnusson, D. (1996). Antisocial development: A holistic approach. Development and Psychopathology, 8, 617-645.

## Глава 34 МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ДИЕТА

### **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ: ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ**

Родители часто чувствуют неловкость по поводу применения медикаментозного лечения для того, чтобы изменить поведение или эмоции детей; учителя и специалисты по психическому здоровью могут ощущать то же самое. Эта озабоченность понятна и отчасти оправдана. Например, детям с генерализованной недостаточной обучаемостью могут в течение долгих периодов давать высокие дозы нейролептиков, тщетно пытаясь подавить у них трудное поведение. Верно то, что психотропные препараты можно применять неразумно, но важно также помнить, что подходящие дозы, используемые по соответствующим показаниям, могут дать огромные преимущества. Продолжающееся использование некоторыми журналистами при описании доказательного лечения таких терминов, как «химическая дубинка» и «химическая смирильная ру-башка», неточно и бесполезно.

Прописывать лекарства детям - не просто вопрос уменьшения взрослой дозы пропорционально весу тела ребенка. Между детьми и взрослыми имеются фармакокинетические и фармакодинамические различия, и поэтому педиатрическая психофармакология отличается от психофармакологии взрослых и количественно и качественно.

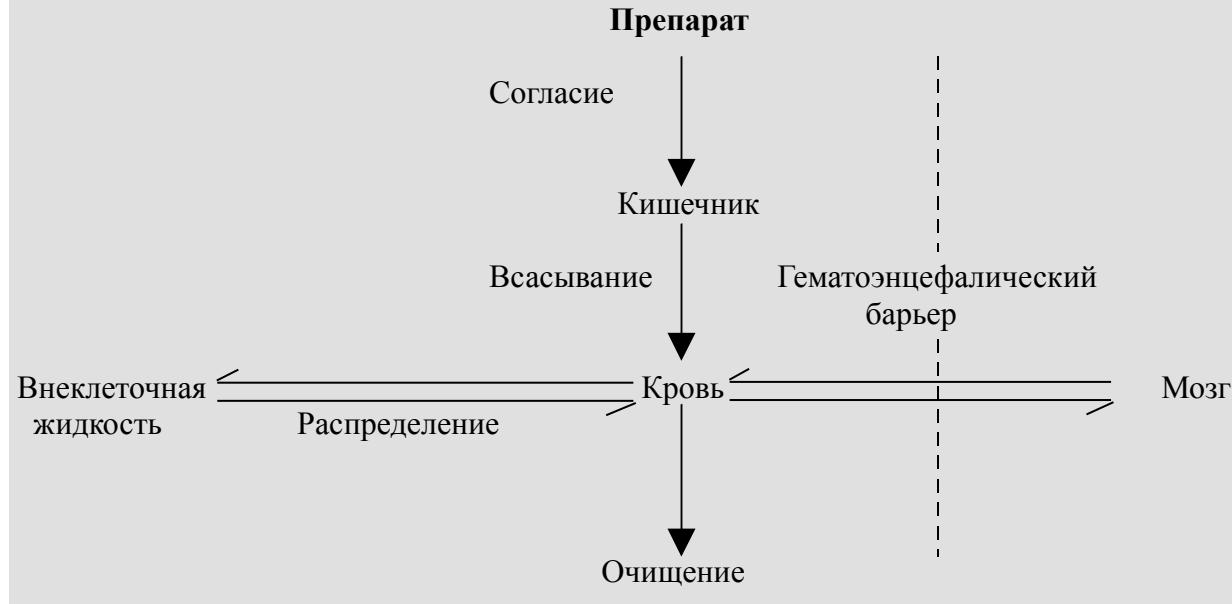
### **Фармакокинетика**

Взаимоотношения между прописанной дозой и эффективной концентрацией в мозге зависит от нескольких фармакокинетических факторов (вставка 34.1). Для каждого из этих факторов имеют значение моменты, связанные с развитием. *Согласие* может больше зависеть от мотивации родителей и учителей, а не от мотивации ребенка. На *всасывание* может влиять тот факт, что у детей кислотность желудка, как правило, ниже. Это снижает скорость всасывания кислотных препаратов, таких, например, как трициклические (поскольку в жирорастворимой неионизированной форме находится меньше препарата). У детей особенно активна печень, поэтому *клиренс (очищение)* метаболизируемых печенью препаратов быстрый. Это приводит к усилению нормального эффекта «первого прохода», т.е. особенно высокая доля лекарственного препарата, всасываемого кишечником, элиминируется печенью из системы воротной вены еще до того, как он достигает большого круга кровообращения. На *распределение* влияет относительно высокая доля внеклеточной жидкости у маленьких детей; большее отведение лекарственного препарата во внеклеточную жидкость имеет тенденцию уменьшать его количество в крови и мозге. У детей *гематоэнцефалический барьер* более проницаем, чем у взрослых, поэтому препараты легче могут через него проходить, но более легкий доступ к мозгу может быть отчасти сведен на нет более высокой концентрацией в спинномозговой жидкости связывающих препараты протеинов.

Разнообразные фармакокинетические различия между детьми и взрослыми тянут в противоположные направления, при этом более быстрый клиренс, более медленное всасывание и больший объем распределения у детей снижают биодоступность, а большая гематоэнцефалическая проницаемость – повышает. Часто преобладает эффект быстрого печеночного клиренса, в результате дозы психотропных препаратов на единицу веса для детей - на 50-100% выше, чем для взрослых. Необходимость относительно высоких доз снижается по мере того, как дети становятся старше, довольно резко падая в районе полового созревания. Начиная со среднего и позднего подросткового возраста, дозировка препарата следует взрослым нормам. Уровень в крови полезен для того, чтобы подобрать дозировку некоторых препаратов, например трициклических или лития, но ничего не дает в отношении других препаратов, например стимуляторов. Реакции детей на медикаментозное лечение сильно различаются, так что прописываемую дозировку необходимо подбирать главным образом применительно к клиническому эффекту, рассматривая рекомендуемые дозировки препарата (и рекомендуемые уровни в крови) как полезные ориентиры, а не как жесткие границы. Поскольку подходящую дозировку трудно предсказать заранее, имеет

смысл начинать с малой дозы и медленно ее наращивать. Прием всей дозы один раз в день улучшает согласие, но для ослабления остаточных и пиковых (peak and trough) эффектов может понадобиться разделить дозу.

### Вставка 34.1 Фармакокинетика



### Фармакодинамика

Как только препарат достиг мозга, его действие зависит от того, как он взаимодействует с соответствующими рецепторами. В процессе развития происходят большие изменения числа и относительной доли рецепторов разного типа. Поскольку одно вещество может активизировать множество типов рецепторов и поскольку действие этих разных типов рецепторов может заметно различаться, возрастные изменения баланса между типами рецепторов могут привести к тому, что действие одного и того же вещества на детей и взрослых может сильно различаться. Возможно, именно поэтому стимуляторы у взрослых могут вызывать эйфорию, а у детей – нет, у детей они скорее вызовут дисфорию. Психотропные препараты, действующие у взрослых, не обязательно действуют у детей, и наоборот. Более того, известные взрослым психиатрам лекарства от одного класса расстройств детскими психиатрами могут использоваться совсем для другого класса расстройств. Например, трициклические препараты хорошо действуют при депрессии взрослых, но не при депрессии детского возраста, однако относительно малые дозы трициклических препаратов можно применять для лечения гиперактивности и энуреза детского возраста.

## **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ: СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ**

### **Стимуляторы**

Метилфенидат, или дексамфетамин, обычно является препаратом выбора при лечении тяжелой и устойчивой гиперактивности. Пемолин изъят из-за риска повреждения печени. Показания и побочные эффекты детально обсуждаются в главе 5. Стимуляторы оказывают мощное действие: обычно они уменьшают гиперактивность более чем на одно стандартное отклонение. Поскольку у большинства детей, которых лечат стимуляторами, гиперактивность выше средней на два или три стандартных отклонения, обычно стимуляторы уменьшают гиперактивность, а не ликвидируют ее, подчеркивая необходимость также и в образовательной, и в поведенческой помощи.

Когда гиперактивности сопутствуют проблемы с поведением, лечение стимуляторами часто улучшает как гиперактивность, так и проблемы с поведением; улучшают ли стимуляторы также проблемы с поведением независимо от какого-либо действия на гиперактивность, - неясно.

Тот факт, что у стимуляторов короткие период полужизни и продолжительность действия может быть преимуществом: утренние и дневные дозы улучшают внимание во время учебы в школе и при выполнении домашних заданий, но к вечеру нежелательное подавление аппетита и сна проходят, позволяя ребенку восполнить потребление пищи, а затем уснуть. Недостатки короткого периода полужизни включают колеблющуюся эффективность в течение дня и ухудшение симптомов поздним днем или ранним вечером вследствие эффекта «отдачи». Если это причиняет неприятности, существуют доступные препараты с замедленным высвобождением.

Стимуляторы также могут помочь при гиперактивности у детей с проблемами аутистического спектра или с генерализованной недостаточной обучаемостью, но иногда ценой ухудшения повторяющегося поведение (см. главы 4 и 24). Поскольку стимуляторы могут провоцировать или усиливать тики, некоторые клиницисты избегают применять стимуляторы у детей с тикозным расстройством или веской историей тикозных расстройств в семье, используя вместо этого клонидин или имипрамин; другие клиницисты все же выбирают стимуляторы как лечение первого плана, применяя, если возможно, низкие и умеренные дозы, и тщательно наблюдают, не усиливаются ли тики.

Наиболее эффективные при лечении гиперактивности стимуляторы оказывают смешанное адренергическое и дофаминергическое действие. Неясно, однако, дает ли это полезный ключ к патогенезу гиперактивности, поскольку у антигиперактивных препаратов других классов совсем другое фармакологическое действие.

## **Клонидин**

Специфический альфа-2 агонист, который может уменьшать гиперактивность и деструктивное поведение у детей с СДВГ. Как правило, менее эффективен, чем стимуляторы, особенно при лечении невнимательности. Улучшает ли клонидин тики – данные об этом противоречивы. Для проявления терапевтических плодов клонидина может потребоваться несколько месяцев. Седативный эффект и дисфория могут составить проблему. Поскольку описано действие на сердце, рекомендуется, как и при приеме трициклических антидепрессантов, контролировать ЭКГ. Чтобы избежать синдрома отмены, прекращение приема должно быть постепенным.

## **Трициклические антидепрессанты (ТЦА)**

Ночной энурез можно лечить низкими или умеренными дозами ТЦА (например, 25-75 мг имипрамина перед сном), хотя почти всегда предпочтительней вместо него использовать поведенческие подход или десмопрессин (см. главу 17). Можно также малыми дозами ТЦА лечить гиперактивность, если стимуляторы не помогли или противопоказаны. (см. главы 5 и 14). Показано, что кломипрамин – ТЦА, действующий главным образом на обратный захват серотонина, – в полной дозировке полезен при обсессивно-компульсивном расстройстве (см. главу 13). Судя в большей степени по данным, полученным на взрослых, ТЦА могут быть также полезны при паническом расстройстве. Могут ли ТЦА играть роль при лечении депрессии у детей и подростков, остается спорным: метаанализы не поддерживают такую практику, так что она не рекомендуется.

В малых дозах, которые применяются при лечении энуреза и гиперактивности, у ТЦА относительно мало побочных эффектов. Однако обычные побочные эффекты при высоких дозах – сухость во рту, головная боль, седативный эффект и недомогание. Имеется также риск сердечных аритмий и внезапной смерти, особенно при приеме дезипрамина. Для снижения этого риска, прежде чем приступить к чему-либо большему, чем лечение низкими дозами, следует провести ЭКГ, чтобы проверить, что нет ранее существовавших аритмий или проблем с сердечной прово-

димостью. По мере того, как доза прогрессивно увеличивается, следует и дальше собирать ЭКГ, чтобы мониторировать предупреждающие признаки удлинения интервалов Р-Р и Q-T.

### **Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)**

Доказана их ценность при лечении обсессивно-компульсивного расстройства у молодых людей (см. главу 13). Что касается лечения депрессии в детском и подростковом возрасте, ограниченные данные клинических испытаний позволяют полагать, что они могут быть эффективны, но остается неясным, компенсирует ли польза возможный ущерб, такой как повышенный риск самоповреждения или суицида; инструкции британского правительства не поддерживают применение каких-либо других СИОЗС, помимо флюоксетина, у детей и подростков с депрессией. Данные о том, что СИОЗС могут быть полезны при некоторых тревожных расстройствах и эпилептическом мутизме, также ограничены (главы 9 и 15). Обычные побочные эффекты включают тошноту, рвоту, ажитацию, бессонницу и головные боли.

### **Ингибиторы моноаминооксидазы (ИМАО)**

Доступность моклобемида - селективного и обратимого ИМАО, сделала препараты этого класса более легкими и безопасными для назначения, поскольку теперь неблагоприятные взаимодействия с нормальной диетой стали маловероятны. ИМАО могут быть полезны при лечении гиперактивности и резистентной депрессии.

### **Нейролептики**

Особенно полезны при лечении детей и подростков с психотическими и тикозными расстройствами (см. главы 22 и 14). Иногда полезны у детей с расстройствами аутистического спектра и генерализованной недостаточной обучаемостью (см. главы 4 и 24). Имеются ограниченные данные о том, что малые дозы нейролептиков (в особенности, атипичных нейролептиков) могут увеличить эффект при лечении СДВГ стимуляторами. Однако, учитывая неопределенность и риск побочных эффектов, это сочетание, вероятно, следует пробовать только в специализированных клиниках. Нейролептики неуместны при длительном лечении агрессивного поведения детей с генерализованной недостаточной обучаемостью (см. главу 24).

Нейролептики всегда следует применять со значительной осторожностью из-за потенциально серьезных побочных эффектов. Седативный эффект может мешать обучению. В течение нескольких первых недель лечения нейролептики обычно вызывают экстрапирамидные побочные эффекты, такие как острые дистонические реакции и паркинсонизм; этот риск ниже у атипичных нейролептиков. При использовании типичных нейролептиков, таких как галоперидол, есть доводы в пользу профилактического назначения антимускариновых препаратов, таких как бензгексол, для предотвращения экстрапирамидных реакций. Примерно через шесть недель антимускарин можно отменить, потому что он редко требуется больше этого времени и при длительном применении часто приносит больше вреда, чем пользы. При лечении резистентной шизофрении может быть очень полезен атипичный нейролептик клозапин, но помимо этого его мало используют, потому что он может вызывать патологические изменения крови, особенно у детей.

Редкая, но потенциально фатальная опасность - злокачественный нейролептический синдром. Четыре кардинальных признака полного синдрома – лихорадка, мышечная ригидность, психические изменения, например легкая спутанность, и признаки вегетативной дисфункции, такие как бледность, выделение пота и дрожь. Анализы крови могут показать возрастание креатинфосфоркиназы и лейкоцитоз. Поскольку ранние симптомы могут менее чем за 48 часов привести к гипертермии, ригидности, циркуляторному коллапсу и множественной органной недостаточности.

точности, очевидно, что совершенно необходимо тщательно наблюдать за каждым ребенком, у которого во время приема нейролептиков развиваются подозрительные симптомы, и немедленно прервать медикаментозное лечение, если представляется, что подозрения подтвердились. Полный синдром требует интенсивного ухода и мышечных релаксантов.

Длительное лечение нейролептиками может приводить к появлению дискинезии, которая может быть необратимой, даже если прекратить медикаментозное лечение. Риск этих поздних дискинезий имеет отношение к пожизненному приему и может еще больше возрастать, если анти-мускариновые препараты также назначаются на долгие периоды. Недостаточно данных, подтверждающих частые заявления о том, что при неврологических повреждениях риск поздних дискинезий также возрастает.

## **Литий**

Широко используется для лечения и профилактики биполярного аффективного расстройства у взрослых, и, вероятно, имеет подобную же ценность у молодых людей. Возможно, что литий может также играть роль при лечении серьезных вспышек агрессии, которые вызываются минимальной провокацией и не поддаются соответствующему психологическому управлению. Дозировку лития подбирают так, чтобы его уровень в образцах плазмы, взятых через 12 часов после последнего приема, достигал около 0,7-1,0 ммоль/литр. Обычные побочные эффекты включают тошноту, мелкий трепет, жажду, полиурию и энурез. Поскольку имеется риск гипотиреоидизма, вначале и в течение лечения следует проводить проверку тиреоидной функции. Стандартный мониторинг функции почек, вероятно, не нужен. Чрезмерная дозировка ведет к потенциально фатальной интоксикации. Типичные ранние признаки - крупный трепет, прогрессирующие желудочно-кишечные нарушения и легкая спутанность. Поскольку предупреждающие признаки интоксикации у детей с генерализованной недостаточной обучаемостью могут быть менее выраженными, в этой группе литий необходимо применять с особенной осторожностью.

## **Антиэпилептические препараты в качестве психотропных**

Для предотвращения рецидивов биполярного аффективного расстройства вместо лития можно применять карbamазепин и валпроат натрия. За исключением этого, нет достаточных доказательств тому, что анти-эпилептические препараты улучшают эмоциональные или поведенческие проблемы у детей без эпилепсии (даже если у них есть небольшие аномалии ЭЭГ). У детей с явными припадками анти-эпилептические препараты могут оказывать и положительное, и отрицательное действие: уменьшение припадков иногда улучшает психическое здоровье, но анти-эпилептические препараты могут также вызывать седативный эффект, раздражительность и гиперактивность.

## **Бензодиазепины, антигистамины и другие легкие транквилизаторы**

Несмотря на то, что, вероятно, детям чаще всего прописывают эти психотропные препараты, возможно также, что они меньше всего обоснованы. Долгосрочные проблемы со сном или проблемы, связанные с тревогой, гораздо с большей вероятностью поддаются психологическим подходам. Иногда бензодиазепины могут быть полезны при лечении интенсивной острой тревоги, например перед медицинской процедурой (тем не менее, все же лучше заблаговременно десенситизировать детей, если им предстоит неоднократно сталкиваться с пугающими процедурами или ситуациями).

## ДИЕТА

Доктора прописывали диеты на протяжении тысячелетий, и диеты остаются важным лечением широкого спектра соматических проблем, в т.ч. экземы, мигрени, фенилкетонурии и трудноизлечимой эпилепсии. Может понадобиться избегать определенных пищевых продуктов - потому что они запускают аллергические реакции или потому что у них неблагоприятное воздействие иного рода. Один из примеров неаллергического действия: конские бобы (*Vicia fava*) содержат окисляющие вещества, которые взаимодействуют с унаследованной ферментной недостаточностью, провоцируя у индивидуумов с фавизмом гемолитические кризы. Когда неясно, каким образом конкретный пищевой ингредиент оказывает неблагоприятное воздействие, лучше говорить о пищевой *непереносимости*, а не о пищевой *аллергии*.

Запускает ли пищевая непереносимость детские психиатрические проблемы? Фейнгольд (Feingold) предположил, что гиперактивность и проблемы с обучением связаны с пищевыми добавками и естественными салицилатами. Для избегания этих веществ была широко принята диета Фейнгольда, но, как правило, в контролируемых испытаниях не было доказательств ее особенной эффективности. Больше доказательств эффективности подхода, основанного на диете «немногих пищевых продуктов». Дети исходно начинают с очень ограниченной диеты, исключающей не только добавки, но и многие естественные пищевые продукты, в т.ч. молочные и мучные продукты и большинство фруктов. Если через две или три недели нет улучшения, от диеты отказываются. Подход «немногих пищевых продуктов» действует только у некоторых детей.

Если на диете с немногими пищевыми продуктами поведение действительно улучшается, исключенные пищевые продукты повторно вводятся по одному, чтобы установить, какой из них запускает проблемы с поведением. В некоторых случаях, чтобы установить, действительно ли конкретный пищевой продукт меняет дело, можно провести двойные слепые испытания. Контролируемые оценивания действительно позволяют полагать, что при этом подходе можно выявить пищевые продукты, ухудшающие поведение детей. Нет одного виновника - различные дети не переносят различные пищевые продукты, и многие дети не переносят несколько пищевых продуктов. Распространенными виновниками являются добавки, но также и молочные продукты, шоколад, пшеница, апельсины, томаты и яйца. Для ребенка необычно реагировать только на добавки; большинство детей, чувствительных к добавкам, чувствительны также и к одному или нескольким естественным пищевым продуктам. Хотя диету часто считают лечением от гиперактивности, дети, которым помогает подход «немногих пищевых продуктов» обычно становятся не только менее гиперактивными, но и менее раздражительными и деструктивными. Поможет ли такой же подход детям, которые были раздражительными и оппозиционными, но не гиперактивными, - неясно.

Подход немногих пищевых продуктов – тяжелая работа для всех заинтересованных лиц, и не все дети и родители могут довести его до конца. Готовить специальную еду неделями подряд – это больше того, с чем могут справиться некоторые занятые родители, а покупать специальные пищевые продукты может быть также и очень дорого. Более того, немного резона приступить к этому подходу, если вероятно, что ребенок будет часто жульничать, воря из холодильника, покупая запрещенные пищевые продукты или съедая школьные завтраки других детей! Можно ли заранее предсказать, каким детям, вероятно, поможет диета? К сожалению, это невозможно предсказать по анализам крови или кожным тестам (не говоря о более сомнительных тестах, таких как анализ волос или лоза экстрасенса). Два клинических признака указывают на хороший эффект: во-первых, то, что родители раньше замечали реакции на пищевые продукты, и, во-вторых, то, что у детей имеется тяга к конкретным пищевым продуктам (ими могут оказаться пищевые продукты, запускающие поведенческие проблемы). Наблюдения родителей и стремление ребенка можно использовать для разработки нестандартной диеты исключения; если поведение улучшается, исключенные пищевые продукты вводятся повторно один за другим, чтобы установить виновника. Как этот сокращенный подход соотносится с подходом немногих пищевых продуктов, еще надо формально оценить.

## **ДРУГОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Электросудорожная терапия (ЭСТ) у детей применяется редко и не оценена в достаточной мере. Может рассматриваться, когда тяжелую депрессию или кататонию не удалось смягчить соответствующим медикаментозным лечением.

**Хирургия.** Психохирургия у детей не показана, но стоит отметить, что успешная хирургия при эпилепсии может вылечить детей не только от припадков, но и от сопутствующих поведенческих проблем. Например, гемисферэктомия у детей с гемиплегией и трудноизлечимыми припадками часто облегчает не только припадки, но также и гиперактивность, и раздражительность. Остается неясным, проистекает ли это поведенческое улучшение из устраниния припадков, отмены анти-эпилептических препаратов или от удаления дисфункциональной мозговой ткани.

## **Обзоры по теме**

- Heyman I., Santosh P. (2002) Pharmacological and other physical treatments In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 998-1018.  
Riddle M.A. et al. (2001) Pediatric psychopharmacology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42, 73-90.

## **Дополнительное чтение**

- Committee on Toxicity of Food (2000) Adverse reactions to food and food ingredients. Department of Health, London.  
Kutcher S. (2002) Practical Child and Adolescent Psychopharmacology. Cambridge University Press, Cambridge.

## Глава 35 ЛЕЧЕНИЕ, ОСНОВАННОЕ НА ПОВЕДЕНИИ

Поведенческие методы обычно основывались на представлении, что всему поведению обучаются, и так же могут от него отучиться. Однако не столь крайняя форма бихевиоризма утверждает, что на проявление большей части поведения влияют предшествующие события и последующие реакции. Изменяя их, можно изменить и частоту поведения.

**Классическое обусловливание** включает зависящие от стимула эффекты, описанные Павловым в 1927. Ранее нейтральный стимул становится связанным со стимулом, запускающим физиологическую реакцию, и со временем новый стимул (теперь называемый *условным*) сам приводит к подобной реакции. При лечении, основанном на этой модели, со стимулом связывают новые физиологические реакции, такие как релаксация. Примеры того, что хорошо работает у детей и подростков, - систематическая десенситизация при травмах и фобиях.

**Инструментальное обусловливание** включает зависящие от реакции эффекты, описанные Скиннером в 1938. Реакции на стимулы, а на самом деле – любой вид поведения, становятся более частыми или более сильными, если они приводят к таким последствиям, как поощрение (*положительное подкрепление*), или избегание неприятных последствий (*отрицательное подкрепление*). Поведение становится менее частым, если предшествующие поощряющие последствия прекращаются (*угашение*) или приводят к неприятным последствиям (*наказание*). При лечении, основанном на этой модели, систематически изменяют сопряженные события, следующие за поведением. Это можно делать для того, чтобы увеличить желательное поведение посредством вознаграждения (звездная карта за чистые, без загрязнения, трусы), или уменьшить нежелательное поведение посредством наказания (заставить помыть пол после того, как на него был брошен обед). Этот подход также включает обеспечение того, что нежелательные симптомы или поведение не поощряются неумышленно, например, надо обеспечить, что ребенок не будет награжден за психогенные боли в животе позволением пропустить школу и остаться дома.

**Теория социального обучения**, разработанная Бандурой (Bandura) в 1960-е гг., привела к общему расширению поведенческой модели - признанию главенства человеческих взаимоотношений во влияниях на обучение. Паттерсон (Patterson) подтвердил центральную роль родительского внимания в обеспечении наград у детей и подростков и показал, что в семьях, где мало положительных взаимодействий, дети могут поступать антисоциально, чтобы получить внимание, даже если оно может быть отрицательного рода. При лечении, основанном на этой модели, внимание, оказываемое детям воспитателем, увеличивают, когда они ведут себя желательно (например, тепло разговаривая с ребенком, который играет тихо), и отказывают во внимании, когда ребенок поступает нежелательно (например, отворачиваясь и прекращая разговаривать с ребенком, который вопит). Пример, когда этот подход хорошо работает - применение родительского тренинга для уменьшения антисоциального поведения ребенка.

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ МЕТОДЫ НА ПРАКТИКЕ

### Оценка

Вместо того чтобы изначально приписать поведению значение, выполняют *функциональный анализ*. Тщательно и с мельчайшими деталями характеризуют АВС -предшественники (Antecedents), само поведение (Behaviour) и последствия (Consequences) (рамка 35.1). Примеры предшественников: перед вспышкой гнева у четырехлетнего - ворчливые требования матери во время отхода ко сну, или сиблиинг отобрал игрушку; перед панической атакой у 15-летнего - на большой игровой площадке на открытом воздухе или на переполненной народом рыночной площади; перед психогенными болями в животе у десятилетнего - ссора между родителями или следом за помощью в трудном домашнем задании. Иногда достаточно изменения одних предшественников («регуляция стимула»), чтобы смягчить проблему.

### **Рамка 35.1 Анализ ABC**

<b>Antecedents – предшествующие события (обстановка)</b>	Впечатления ребенка непосредственно перед поведением Присутствующие люди Место Время дня Ситуация
<b>Behaviour – поведение</b>	Сущность: детальное описание того, что действительно произошло Дата возникновения Частота Тяжесть Длительность эпизодов
<b>Consequences - последствия</b>	Изменения требований и ожиданий других по отношению к ребенку Изменения внимания и социального устройства Достижение ребенком немедленных сиюминутных целей и желаний Влияние на сиблиングов и родителей

Методы сбора информации включают: детальные поведенческие описания, полученные от родителей, диаграммы, дневники, посещения дома или школы для того, чтобы наблюдать поведение в контексте или записать его на видео.

Таким образом, поведенческий анализ сосредоточен на том, что здесь и сейчас действительно происходит. Значение поведения для родителей («он становится преступником, как его дядя»), и их объяснения этого («это все от чипсов, доктор»<sup>27</sup> могут быть полезны для исследования, но не являются частью строгого поведенческого подхода.

### **Согласование целей с родителями и молодым человеком**

- (1) Установите поведение - мишень как можно точнее. Многим родителям это кажется трудным, у них диффузная озабоченность: «он непослушный», «он двуличный», «она грустит» и т.п. Необходимо помочь родителям установить, что конкретно их беспокоит.
- (2) Оценить влияние поведения на жизнь ребенка, сиблиングов и родителей, рассматривая следующие сферы:
  - (а) Эмоциональное/личностное влияние
  - (б) Социальное
  - (в) Развитие
  - (г) Обучение/компетентность
  - (д) Самооценка.

Прохождение этого списка часто помогает родителям посмотреть на общее влияние с точки зрения ребенка, а не только со своей собственной. Например, они могут прийти озабоченными запахом и неудобством, доставляемым им мальчиком, который пачкается. Оценка влияния может побудить их осознать социальное влияние на дружеские отношения и эмоции. Часто это помогает уменьшить негативность и привлечь сочувствие и мотивацию, чтобы осуществить программу лечения. Кроме того, родители начинают полностью осознавать долгосрочные негативные последствия имеющегося положения, а не только сиюминутное неудоб-

ство, и это может еще больше добавить к тем приобретениям, полученным от участия в терапии, которые они смогут себе отчетливо представить.

- (3) Оговорите желательный результат с точки зрения поведения. Опять-таки, он должен быть не общим местом («он должен стать со мной любезным»), а конкретным («он будет утром одеваться сам, после того, как ему скажут только один раз и не будет при этом кричать на меня; он будет в кровати в 8.30 вечера»). Если у ребенка частые и тяжелые вспышки гнева, дляящиеся более пяти минут и включающие пинание и швыряние, подходящей целью может быть снизить их до одного раза в неделю. Полное устранение нереалистично и не нужно.
- (4) Сформулируйте желательное *положительное* поведение. Это может оказаться нелегким для родителей, которые больше склонны думать с точки зрения прекращения отрицательного поведения, такого как драки, беготня, крики, обмачивание постели и т.п. Желательное поведение в каждом таком случае может быть: мило играть со своим братом, ходить спокойно, говорить тихо и должным образом пользоваться туалетом. Главная часть поведенческой работы – не элиминация ненужного поведения (ребенку, знающему только, что *не* делать, ничего не поможет найти свое направление, и если он будет совершенно послушным, то будет стоять прикованным к месту), а содействие желательному уместному поведению, так чтобы ненужное поведение просто исчезло. Как только желательное поведение сформулировано, можно начинать планирование вмешательства, с акцентом на том, как разъяснить ребенку, что желательно, как ввести это в репертуар и практику ребенка и как вознаградить его за это, как только оно начнет появляться.
- (5) Объясните родителям и ребенку:
  - (а) Почему ребенок ведет себя таким образом, с точки зрения выученных привычек и поддерживающих обстоятельств, а не черт характера или внутренних конфликтов;
  - (б) Что поэтому есть возможность изменения, но для этого потребуется измениться и им.

## **Методики**

Чтобы увеличить желательное поведение:

- ***Положительное подкрепление:*** поощряйте желательное поведение посредством похвал и вознаграждений.
- ***Отрицательное подкрепление:*** удалите неприятный стимул после того, как появилось желательное поведение (например, прекратите ворчать, когда ребенок отправился в кровать).
- ***Объясните родителям и ребенку теорию, лежащую в основе метода:*** это включает помочь им сформулировать лечение понятным и привлекательным для них способом.
- ***Упражняйте навыки*** на репетициях и в ролевой игре.
- ***Удалите препятствующие условия.***

Чтобы уменьшить нежелательное поведение:

- ***Изменение стимула:*** удалите или измените предшествующий регулирующий стимул.
- ***Угашение.*** Должно следовать за удалением предшествующего вознаграждения, связь которого с подкреплением поведения установлена, например, больше не оказывать внимания ребенку который капризничает. Необходимо предупредить родителей, что какое-то время ребенок будет еще больше стараться вернуться к предшествующему статус-кво, и поведение может ухудшиться – это «вспышка угашения». Игнорирование может означать подключение не

только родителей, а, например, предотвращение того, что агрессивным молодым человеком восхищаются его сверстники.

- **Дифференциальное подкрепление** несовместимого поведение. Как отмечено выше, этот принцип - центральный для большой части поведенческой работы. Выявляют и поощряют желательное или просоциальное поведение, которое должно возникать, например: хорошо сидеть во время еды вместо того, чтобы бегать вокруг, играть совместно вместо того, чтобы драться, проводить ночь в спальной, а не блуждать по дому и т.п.
- **Наказание.** Может включать применение вслед за неадекватным поведением слегка неприятных стимулов. В каждодневном воспитании ребенка это часто выговор или словесная критика. Не показано, что нежесткие физические наказания время от времени, такие как легкий шлепок раз в неделю, вредны для детей, тогда как продолжительные тяжелые и болезненные наказание в обстановке холодного враждебного отвергания несомненно вредоносны. Физические наказания популярны у родителей, так как они могут временно подавить поведение, и этим очень поощряют родителя, но часто позже поведение снова появляется, так как на самом деле не было угашено. Они могут играть роль при немедленном подавлении повреждающего поведения, такого как помещение пальцев в электророзетку или перебегание дороги, но должно сопровождаться объяснением и обильным подкреплением действий, несовместимых с теми, за которые наказывают. Это сильно отличается от деструктивных циклов, которые могут возникать, когда отчаявшиеся родители используют суровые физические наказания чрезмерно, непоследовательно и ради того, чтобы покарать, без сопутствующего выбора или поощрения более приемлемого альтернативного поведения. По всем этим причинам и из-за случаев насилия, применение неприятных стимулов редко входит в состав терапевтических программ, в которых обычно используют другие методы, и рассматривают уменьшение применения родителем физических наказаний как показатель их успешного замещения более подходящими методами.
- **Тайм-аут.** Это сокращение обозначает «время вне положительного подкрепления». Обычно оно означает, что ребенка в возрасте примерно от трех до восьми лет на несколько минут удаляют из обстановки, где появилось поведение, в скучное тихое место. Оно отличается от угашения, поскольку у ребенка устраниют всю обычную общую социальную стимуляцию и подкрепление, а не только выявленный специфический подкрепляющий стимул. Его преимущество – то, что это сильно действующая, но не неприятная процедура (хотя она вполне может восприниматься ребенком как наказание). Имеется несколько практических аспектов постановки программы тайм-аута. Они включают следующее: правила должны быть ясными, тайм-аут следует предоставлять за довольно серьезные нарушения; перед тем, как его применить, следует сделать ребенку предупреждение и предложить альтернативное поведение («пожалуйста, перестань драться и сядь, или ты пойдешь на тайм-аут»); ребенка следует помещать туда в спокойной манере, при необходимости применяя физическую силу, но не причиняя ребенку боль; пространство или комната должны быть освобождены от развлекательных предметов; родитель или учитель должны наблюдать за ребенком, но не участвовать в разговоре и взаимных обвинениях (это было бы ненамеренным оказанием внимания); и ребенок перед тем, как выйти должен быть спокоен в течение минуты.
- **Цена реакции.** При этом, когда ребенок проявляет нежелательное поведение, у него (или ее) отнимают определенное количество подкрепляющих стимулов. Для этого требуется, чтобы ранее была установлена система вознаграждений, включающая деньги, баллы, привилегии и т.п.: чтобы отнимать, должно быть что-нибудь положительное.
- **Гиперкоррекция.** От ребенка требуется не только исправить то, что он (или она) сделал плохо, но сделать еще больше для возмещения. При одном из вариантов ребенка понуждают

заучить физически несовместимую с первоначальным проступком реакцию, например, неоднократно снимать обувь, входя в дом, после того как он притащил грязь.

- **Десенситизация.** Повторное воздействие неприятного стимула в ситуации, когда ребенок расслаблен и успокоен. Например, прохождение через иерархию фобических стимулов в то время, когда ребенок упражняется в методиках релаксации в присутствии матери. Этот метод особенно успешен при лечении ПТСР и специфических фобий.

### **Примечание о вознаграждениях**

- Все дети различны. Помогите родителям решить, что является мотивирующим, и всегда проверяйте у ребенка и спрашивайте, что предлагают дети.
- Вознаграждения может быть нематериальными, например, время с родителями и т.п. Материальные вознаграждения не должны быть дорогими, это может быть: посидеть на родительском месте за обедом, поносить особую одежду, дополнительный просмотр телевизора и т.п. Деньгам и подаркам много других альтернатив.
- Их необходимо давать как можно скорее после того, как появилось поведение (не велосипед на Новый Год).
- Проверьте, какие непредусмотренные вознаграждения ребенок получает за нежелательное поведение (например, одобрение сверстников). Знайте, когда появляется желательное поведение, и проследите, поощряется ли оно (не игнорируют ли фактически ребенка, когда он тихо играет?).
- Проверьте, что вознаграждения применяются систематически.
- Меняйте вознаграждения через каждые несколько дней. Многие родители говорят: «Я это пробовала, оно подействовало несколько дней, а потом перестало». Но скольким взрослым та же самая шоколадка, если получать ее десять дней подряд, покажется по-прежнему восхитительной?
- Когда назначаете вознаграждение, учитывайте принцип Премака (Premack) – используйте в качестве вознаграждения то, что человек выбирает делать при проведении большей части своего свободного времени. Это может быть: играть на компьютере, лежать в кровати и все, что приемлемо. У аутичного ребенка это может включать и вращение рук перед своими глазами.
- Культивируйте самопоощрения у старших детей и подростков (и у родителей!). Как и вознаграждения, предоставляемые другими, они могут быть нематериальными, например, похвалить себя за хорошее поведение, или материальными, например, угощение.

### **О осуществление**

Чтобы научиться новому поведению, ребенок должен знать, *что* делать, *как* это делать и *когда* это делать. Если изменить поведение ребенка надо родителям, они также должны быть столь же понятными. Для того чтобы возникли изменения, потребуется *компетентность*, или способность это делать, и неоднократное *выполнение*, требующее желания это делать.

Вмешательство редко состоит из механического осуществления стандартизованных методик для изменения частоты поведения. Скорее, большая часть современной поведенческой терапии

затмствует принципы бихевиоризма, но адаптирует их к более широкому контексту. Используемые общие меры включают:

- Планировать на будущее, например, уменьшить школьное давление на девочку с фобией, избегать брать гиперактивного мальчика в супермаркет, выводить подверженных дракам сиблиングов в парк, а не держать их в помещении.
- Договариваться с ребенком или подростком. Многие родители предъявляют требования, которые кажутся им разумными, но обнаруживают только, что их не слушаются, и это ведет к серьезной конфронтации. Побудив родителей договориться об основных положениях (например, о порядке отхода ко сну, или о том, что семья делает по субботам), можно получить большие дивиденды. Однако это требует от родителей остановиться, выслушать детей и найти компромисс, который достигнет цели. Зато молодые люди осознают, что их взгляды учитывают.
- Воздействовать на убеждения и настроение и родителей и детей. Раннее поведенческие программы были успешны только в той части случаев, где родители выполняли инструкции, и часто это была лишь половина тех, кто был включен, или даже меньше. Теперь большинство практиков проводят значительное количество времени, воздействуя на страхи и беспокойства родителей («Если я оставляю его кричать, я чувствую себя плохой матерью», «Я не могу выдержать и игнорировать крики ночью, поскольку это напоминает мне о том, как меня оставляли в детстве»).
- Адаптировать программу в соответствии с прогрессом. Это главное в поведенческих подходах, где тщательно измеряют успех, и если он не появляется, тогда это детально изучают и пересматривают план, пробуют новые стратегии или находят более приемлемый для родителя образ действий. Как в игре в шахматы, конкретные шаги сами по себе не ведут к победе, но, как часть общей стратегии преуспеть, должны быть неоднократно адаптированы.

## **ОЦЕНИВАНИЕ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ПОВЕДЕНИИ**

### **Критика**

Терапия поведения бездушна и игнорирует мир разума, с людьми обращаются как с собаками или с голубями. Игнорируются мотивация, сны, страхи и убеждения о том, как делать вещи. Сосредоточиваясь на предъявляемом симптоме, поведенческий психотерапевт может полностью пропустить более широкий смысл этой трудности для индивидуума и, в первую очередь, беспокойства и стрессы, которые привели к тому, что возникла эта трудность<sup>28</sup>. Размышляя «научным и логичным» линейным способом, поведенческий психотерапевт может пропустить поддерживающие симптоматичное поведение сети взаимоотношений и системы заднего плана. Вспышки гнева у ребенка могут быть следствием нарушений взаимоотношений привязанности с матерью и чтобы их исправить, может потребоваться гораздо больше, чем несколько звездных карт. Не находится места нематериальным, но совершенно необходимым деталям терапевтических взаимоотношений. Некоторые проблемы, например, недееспособность или тяжелая утрата, не могут быть сняты. Тем не менее, часто семьи и дети очень много приобретают, когда им помогают примириться с этими трудными ситуациями и при сочувственном консультировании могут двинуться вперед. Она эффективна главным образом лишь при ограниченных жалобах и не может преодолеть трудности в общих взаимоотношениях, которые могут возникать вслед за сексуальным насилием или пренебрегающим воспитанием.

## **Возражения**

Тогда как ранний бихевиоризм 1950-1960-х гг. возможно, был в некоторой степени механическим, в наше время это гибкий подход, и практикующие специалисты учитывают, что имеет значение для индивидуума, его убеждения и взаимоотношения. Родителям и детям нравится иметь возможность делать что-нибудь практическое, чтобы смягчить проблему, а не просто сидеть и говорить о чувствах. Посредством уменьшения проблем и увеличения хорошего времени, взаимоотношения в целом действительно изменяются, а это очень важно. Психотерапевт разделяет повестку дня с семьей, а не составляет скрытые от них искусные формулировки.

## **Исследования результатов**

Было огромное количество (буквально тысячи) хорошо проведенных исследований отдельных случаев и сотни рандомизированных контролируемых испытаний поведенческой терапии для детей и подростков. Успешно укрепляются телесные функции, такие как питание, сон, обмачивание и загрязнение, величина эффекта – 0,7-1,5 стандартных отклонений. Неоднократно показано улучшение антисоциального поведения у детей до пубертатного возраста, типичная величина эффекта – 0,4-0,8 СО. Пока используются поведенческие сопряженные события, кратко-срочно облегчается гиперактивность, но изменения обычно не долговечны, а величина эффекта – только около 0,2-0,4 СО. Поддаются и эмоциональные расстройства, такие как отказ от школы и психогенная боль, но обычно улучшение менее впечатляющее. Тем не менее, некоторые эмоциональные расстройства поддаются очень хорошо: часто встречается излечение специфических фобий всего за несколько сеансов, во многих случаях излечение или существенное улучшение ОКР наступает после терапии воздействием с предотвращением реакции курсом примерно из десяти сеансов.

## **Обзоры по теме**

Herbert M. (2002) Behavioural therapies In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 900-920.

Scott S. (2002) Parent training programmes In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 949-967.

## Глава 36 КОГНИТИВНАЯ И МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ТЕРАПИЯ

### КОГНИТИВНЫЕ ПОДХОДЫ

Они идут дальше внешне наблюдаемого поведения и признают внутренние мир мыслей и если не чувств, то психических схем. Признается, что познание оказывает на поведение независимое влияние, а не является лишь вторичным эпифеноменом внешних событий и внутренней физиологии. Признается, что разум способен направлять поведение, а также осознавать его.

*Поведенческие методы* особенно полезны в ситуациях, где:

- (1) Можно контролировать внешние сопутствующие события, например: в семье, где родители находятся несколько часов в день, или в школьном классе.
- (2) Когнитивные способности индивидуумов недостаточно развиты, например: маленькие дети; те, у кого низкий интеллект.
- (3) Проблемы легко распознаются из наблюдаемого поведения.

*Когнитивные методы* могут быть особенно полезны при ситуациях, где:

- (1) Индивидуум меньше связан внешними сопутствующими событиями, больше полагается на собственное направление и выбирает свое собственное ближайшее окружение, например, на улице, на школьной игровой площадке или в одиночестве вне дома.
- (2) У индивидуумов есть возможность независимого мышления, которое может быть претворено в действие.
- (3) Проблемы главным образом в пределах разума, а не в наблюдаемом поведении; например тревога, депрессия, травмирующие воспоминания.

Когнитивные подходы заимствуют у традиции бихевиоризма точное измерение и объективное эмпирическое подтверждение и часто сочетаются с поведенческими вмешательствами. Они поддерживаются корпусом данных, демонстрирующих когнитивные искажения и дефициты при разных расстройствах, поражающих детей и молодых людей, включая агрессию, СДВГ, тревогу, ПТСР и депрессию.

Тогда как когнитивные подходы, предназначенные для специфических расстройств, обычно сосредоточены на содержании и структуре познания в пределах рассматриваемой сферы, межличностные подходы к решению проблем сосредоточены на усилении общих процессов, требуемых для того, чтобы выработать решения каждодневных социальных проблем. Вместо того чтобы снабдить ребенка «правильным» способом обдумывания проблемы, этот подход придает особое значение тому, чтобы помочь ребенку выработать свои собственные, более полезные решения.

### Когнитивные подходы к специфическим расстройствам

#### **Депрессия**

Искажения мышления, сходные с обнаруженными у взрослых, были показаны и у детей. Программы лечения включают:

- (1) Навыки саморегуляции, поддерживающие последствия действия (больше себя хвалить, меньше себя наказывать), самонаблюдение (обращать внимание на положительные вещи, которые делаются), само-оценивание (установление менее взыскательных стандартов для себя) и тренинг настойчивости.

- (2) Социальные навыки, в т.ч. способы начинать взаимодействия и поддерживать их, справляться с конфликтами и использовать релаксацию и образы<sup>29</sup>.
- (3) Когнитивная реструктуризация, включающая противостояние детям по поводу недостаточной обоснованности их искаженного восприятия.

В нескольких рандомизированных контролируемых испытаниях показано, что дети, получавшие при депрессии КТ, были отчетливо лучше, чем контрольные в списке ожидания и те, кто получал традиционное консультирование. Тем не менее, поддается только примерно половина, и даже в этих случаях высокая частота последующих рецидивов, так что еще у 50% из них вновь возникает депрессия; у взрослых такая частота рецидивов аналогична лечению препаратами. КТ полезна у подростков, поскольку мало доказательств тому, что антидепрессанты действуют. В настоящее время дополнительно к основным комплексам КТ разрабатываются усовершенствования и дополнения к лечению. Разрабатывается лечение, предоставляемое компьютером (с использованием компакт-дисков или прямо через Интернет), что позволяет проводить самолечение.

## **Тревога**

И снова, практика у детей следуют взрослой. Применяют сходные методики, в т.ч. исправление искажений мышления, развитие положительного разговора с самим собой, направляемые образы, создавая возможность овладеть ситуациями, вызывающими страх, и расслабляться в течение воздействия. В рандомизированных испытаниях показаны хорошие результаты: более половины случаев возвращаются в пределы нормы.

## **Агрессия**

Показано, что агрессивные дети:

- В социальных ситуациях воспринимают гораздо больше враждебных сигналов;
- При интерпретации значения поведения других обращают внимание на меньшее количество сигналов;
- В неоднозначной ситуации приписывают другим враждебные намерения;
- Недостаточно воспринимают свой собственный уровень агрессивности;
- В конфликтных ситуациях генерируют меньше настойчивых словесных решений и больше решений с физической атакой;
- Полагают, что эта агрессия уменьшит неприятные реакции других и принесет им вещественные положительные результаты.

Кроме того, агрессивные подростки полагают, что агрессивное поведение повысит их самооценку, и, по сравнению с контрольными, больше ценят доминирование и мщение и меньше - социальные связи. Вмешательства обычно направлены на эти когнитивные аномалии, но также воздействуют на общие межличностные социальные навыки (см. ниже), с особенным акцентом на замедление немедленных автоматических реакций на провоцирующие ситуации, чтобы позволить больше обдумать уместную реакцию. При использовании методов социальных навыков в испытаниях показано значительное снижение агрессивного поведения, сохраняющееся при прослеживании через один и три года. У детей до пубертатного возраста эффективность повышается при добавлении программ тренинга для родителей. Тем не менее, при чисто когнитивных подходах по большей части не удается оказать какое-либо воздействие на реальные жизненные ситуации: агрессивные подростки могут научиться в гипотетических спорах останавливаться, успокаиваться и выбирать согласованное урегулирование, но прямое наблюдение во время столкновений со сверстниками и самоотчеты о количестве драк обычно не выявляют эффекта.

Возможно, быстрое физиологическое возбуждение, возникающее у антисоциальных молодых людей в ситуации конфронтации, приводит к «висцеральному» агрессивному реагированию, подавляющему мыслительные процессы, выученные в спокойной обстановке.

### **Синдром дефицита внимания с гиперактивностью**

У детей с СДВГ короткие интервалы внимания, им трудно подавить немедленные и часто несответствующие реакции на стимулы, чтобы остановиться и оценить наилучший образ действий. Теоретически, когнитивная терапия должна хорошо подходить для воздействия на такого рода трудности. Однако, программы самообучения, пытающиеся замедлить когнитивную обработку, чтобы позволить рассмотреть альтернативные способы действий, были не особенно эффективны. Похоже, будто сама природа проблемы означает отсутствие возможности активизировать различные подходы к обработке информации. Поведенческие программы, регулирующие немедленные сопутствующие события, более эффективны, но все же меньше, чем медикаментозное лечение, и величина эффектов меньше, чем у детей с расстройством поведения.

### **ПРОГРАММЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОЦИАЛЬНЫЕ НАВЫКИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ**

Мирна Шуэ (Myrna Shure) и Джордж Спивак (George Spivack) в США разработали, возможно, наиболее всестороннюю программу вмешательства, названную Межличностным Когнитивным Решением Проблем, МКРП (ICPS). Во многих исследованиях показано, что некоторым группам детей и подростков недостает межличностных навыков, в особенности агрессивным детям, отвергаемым, изолированным детям, у которых мало друзей, а также некоторым детям с депрессией. Программа МКРП сосредоточена на трех ключевых *когнитивных процессах*, которые, как показано, нарушены.

- (1) *Генерирование альтернатив*: способность придумать несколько различных решений в проблемной ситуации.
- (2) *Последовательное мышление*: способность увидеть немедленные и более отдаленные последствия каждой предложенной линии действий и включить это в принятие решения о наилучше реакции.
- (3) *Мышление средства - цели*: способность отделять цель плана действий от его содержания, так что если первоначальный план не удается, могут быть разработаны пути, обходящие препятствие.

Для возвращения этих навыков применяют множество методов, в т.ч. индивидуальные и групповые процессы с играми, обсуждения и методики группового взаимодействия. Их можно применять даже на дошкольном уровне, например, чтобы помочь детям обдумать альтернативные способы разрешения ситуаций, их обучают словам «или» и «отличаться», например: «Я могу ударить его или рассказать ему, что я сержусь. Драка отличается от рассказа». По мере того, как развертывались эти программы, стало очевидно, что у многих детей нуждается в развитии ряд ключевых навыков восприятия психических состояний других:

- (1) *Эмоциональное осознание*. Стать чутким к чувствам и желаниям других. Некоторые дети могут даже не осознавать свои собственные основные чувства. По мере того как они развиваются, их можно обучить, что не все чувствуют по поводу всяких вещей одно и то же и что дети могут в разное время чувствовать по-разному («Я могу спросить ее позже, когда она почувствует себя лучше»).
- (2) *Сбор социальной информации*. В ситуации чтения проигрываются игры для развития навыков, прислушиваться к ключам и спрашивать других, что они означают.

- (3) **Понимание мотивов.** Детей учат идти дальше поведения других людей подумать, почему они могут действовать таким способом, и выработать решения, соответствующие этим мотивам.

Развив эти навыки, большинство программ продолжаются, чтобы применять их - вначале в гипотетических ситуациях, а затем - в реальных. Детям можно написать когнитивные шаги по буквам, например, их поощряют считать по пальцам, когда они проходят через последовательность ОСТАНОВИСЬ-ПОДУМАЙ-СДЕЛАЙ-ПРОСМОТРИ при выработке и принятии решений.

Исследования результатов показали большую эффективность в гипотетических ситуациях, но в реальных жизненных ситуациях эффекты менее однородны. Эти программы значительно усиливаются, если окружающие детей взрослые также обучены размышлению, и поэтому могут подкреплять его в пылу момента. В этих обстоятельствах краткосрочные результаты хорошие, но долгосрочные прослеживания еще проведены не были.

## **МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (МЛТ)**

Этот метод терапии разработан в Нью-Йорке Джеральдом Клерманом (Gerald Klerman) и Мирной Вейсман (Myrna Weissman) для лечения депрессии, а затем был специально модифицирован применительно к подросткам. МЛТ – ограниченная во времени краткая психотерапия, основанная на предположении, что депрессия возникает в условиях межличностных отношений. Две главные цели - установить и лечить, во-первых, депрессивные симптомы пациента, а во-вторых, проблемные сферы, связанные с началом депрессии. Рассматривают пять специфических сфер, и воздействуют на одну или две. Четыре из них - те же, что и при МЛТ взрослых: горе, межличностные ролевые разногласия, переходы ролей и межличностные дефициты. Пятая сфера - семья с одним родителем – была добавлена потому, что она часто встречается и порождает конфликты у подростков. Особое значение придается проблемам в текущих взаимоотношениях, а не в прошлом.

В лечении три стадии. На первоначальный стадии объясняют депрессию как клиническое расстройство и делают усилие, чтобы прояснить этот опыт. Подростка поощряют считать, что он (или она) - на лечении, и ему поручена роль больного. Несмотря на это, подростка поощряют не избегать обычных социальных ожиданий, а встречаться с друзьями, посещать школу и вести себя в семье как можно более нормально. Встречаются с родителями, и поощряют их поддерживать подростка, не критиковать и не быть враждебными. Обращаются в школу и объясняют влияние депрессии на школьные показатели и поведение.

На промежуточной стадии сосредотачиваются на выбранных проблемных сферах:

- (1) **Горе** не считается проблемой, если оно не затянувшееся и не становится ненормальным. Психотерапевт помогает подростку обсудить потерю любимого человека, а также опознать и пережить связанные с ней чувства. По мере того, как пациент начинает горевать соответственно, и симптомы спадают, потеря должна быть лучше понята и принята, и пациент освободится для поиска новых взаимоотношений.
- (2) **Межличностные ролевые разногласия** возникают в тех случаях, когда у сторон различные ожидания по поводу взаимоотношений. Психотерапевт помогает молодому человеку выявить разногласия, сделать выбор по поводу согласований, переоценить ожидания по поводу взаимоотношений, прояснить изменения в роли и вносить поправки, в образцы общения, чтобы дать возможность разрешиться разногласиям. Чтобы ускорить согласования, можно привлечь родителей, если они – одна из сторон в разногласиях.

- (3) **Переходы ролей** происходят, когда подросткам требуется уладить половое созревание, со-владеть сексуальными желаниями и стремлением к интимным взаимоотношениям, отде-литься от родителей и семьи и достичь успеха при планировании работы или дальнейшего образования. Здесь могут быть чувства потери оттого, что старым ролям дана возможность уйти, а также чувства страха или неадекватности по поводу своей способности принять новые роли. Психотерапевт стремится помочь молодому человеку примириться с этими чув-ствами и договориться о жизнеспособном будущем.
- (4) **Межличностные дефициты** очевидны, когда у индивидуума обнаруживается недостаточно социальных навыков, чтобы устанавливать и поддерживать соответствующие взаимоот-ношения в пределах семьи и вне ее. В результате подросток может быть социально изоли-рован, ему (или ей) может не хватать близких друзей, и это может приводить к чувству де-прессия и неадекватности. Психотерапевт рассматривает значимые взаимоотношения в про-шлом и выявляет повторяющиеся несоответствующие способы поведения. Устанавливают и обсуждают новые стратегии и способствуют тому, чтобы молодой человек применял их к нынешним проблемам. Для того чтобы установить проблематичные межличностные полож-жения и дать подростку возможность попробовать и применить на практике новые навыки общения и новое межличностное поведение, можно использовать ролевую игру, например, обучение тому, как заводить друзей. Упражнения во время сеанса и - с небольшими прира-щениями - дома могут создать у молодого человека чувство социальной компетентности, ко-торое распространится и на другие ситуации.
- (5) **Семьи с одним родителем** могут возникать в результате развода, разделения, заключения одного из родителей в тюрьму, отсутствия родителя с самого начала и смерти родителя от медицинского заболевания или насилия. Каждая из этих ситуаций преподносит подростку и опекающему его родителю уникальные эмоциональные конфликты. Цели терапии - помочь молодому человеку примириться с текущей ситуацией и согласовать соответствующую адаптацию. Часто бывает потребность горевать о потере предшествующей ситуации.

На окончательной стадии, рассматривают прогресс - часто в присутствии других членов семьи. Симптомы и конфликты предъявляют по четырем категориям: представляющие специфические симптомы депрессивного эпизода; вторичные по отношению к нему; более устойчивые сферы конфликтов, представляющие личностный стиль; и сферы конфликтов, являющиеся частью нормального процесса развития. Подросток уже должен заниматься чувствами, связанными с окон-чанием контакта с психотерапевтом; вслед за окончанием прогнозируется незначительное воз-растание депрессивных чувств. Испытания МЛТ позволяют полагать, что при лечении депрес-сии у подростков она также эффективна, как и у взрослых, и оказывает, по крайней мере, не меньшее влияние, чем когнитивно-поведенческая терапия.

## ИНДИВИДУАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Уровни различаются в континууме от поддержки и консультирования на одном конце до психо-динамической психотерапии на другом:

- **Поддержка и консультирование.** Включает облегчение бремени проблем рассказом сочув-ствующему слушателю, вентиляцию чувств в поддерживающих взаимоотношениях, и обсу-ждение текущих проблем с неосуждающим помощником. Может быть дан совет. Главная цель - облегчить симптомы, восстановить предшествующее трудностям статус-кво, или при-мириться с произошедшим.

- **Промежуточные уровни психотерапии.** Пример - межличностная психотерапия (МЛТ), описанная выше.
- **Психодинамическая психотерапия.** Здесь возвращаются продолжительные глубокие межличностные отношения, в течение которых раскрывают и анализируют внутри- и межличностные процессы. Может быть повторно пережит расстраивающий ранний опыт, что позволяет исследовать конфликты, лежащие в основе симптомов и достичь инсайта, а также проработать и разрешить конфликты в отсутствие преграждающих защит. Совет не дается. Таким образом, цель – больше, чем симптоматическое облегчение: это реинтеграция и изменение личностного функционирования в направлении большей целостности и зрелости. Психоаналитический интерес к симптомам у детей восходит к Зигмунду Фрейду (Sigmund Freud), описавшего в 1909 г. случай маленького Ганса; в 1920-е гг. его дочь Анна Фрейд (Anna Freud) разработала детский психоанализ, в 1930-е гг. это делала Мелани Клейн (Melanie Klein). Позже Вирджиния Акслин (Virginia Axline) разработала более формальную игровую терапию. В течение сеансов психотерапевт может давать обратную связь в виде интерпретаций и формулировок, основываясь не только на материале, который приносят дети, но также и на их непосредственном стиле обращения в ходе сеанса.

Главный итог индивидуальной работы на всех уровнях - качество межличностных отношений между психотерапевтом и пациентом. Некоторые исследования взрослых показывают, что независимо от конкретной формы предоставляемой личностной терапии, один из главных факторов, определяющих результат - тепло и эмпатия психотерапевта. Одним из способов заняться этой потребностью эмпирически может быть предоставление того же самого (или как можно более сходного) лечения – с помощью переписки (заочно) или руководства. Как показывают исследования в сфере родительского тренинга при детском расстройстве поведения, эти подходы действительно эффективны, хотя и меньше, чем те, в которых привлечен живой психотерапевт.

В детской психиатрии большую часть работы на благо ребенка проводят через родителей, так что консультирование и поддержка входят в состав базового репертуара многих клиницистов, независимо от того, какое расстройство у ребенка. Когда родителям помогают примириться с диагнозом генерализованной недостаточной обучаемости или справиться с депрессией своего ребенка, это может быть главной составляющей. Исследования консультирования в таких обстоятельствах позволяют полагать, что родители считают главным проявляемое отношение к ним клинициста («любит меня», «любит моего ребенка»), и нуждаются в неформальной атмосфере, где они могут задавать вопросы.

Непосредственная работа с детьми и подростками в некоторых отношениях отличается от работы с взрослыми. Во-первых, возможно, что ребенок не хотел бы, чтобы его принимали одногоды; обычно им не нужно давать согласие. Во-вторых, чтобы достичь инсайта с младшими детьми, может понадобиться, чтобы метод работы вначале меньше опирался на разговор и был сосредоточен на рисовании или игре. В-третьих, даже когда терапия может помочь детям примириться с трудной ситуацией, и дает им возможность созревать и изменяться, дети – не являются хозяевами своей собственной судьбы в той же мере, как взрослые, поэтому они вполне могут продолжать подвергаться повреждающим и пагубным влияниям, таким как суровые наказания, пренебрежение в пределах семьи, или мать - алкоголичка. В этих обстоятельствах совершенно необходимо изо всех сил попытаться улучшить условия, и предоставлять индивидуальную терапию, не делая этого, может быть неэтично.

Хорошо проведенных испытаний, оценивающих индивидуальную динамическую психотерапию, было очень немного, поэтому в настоящее время трудно быть уверенным в ее эффективности.

## **Обзоры по теме**

- Brent D.A. et al (2002) Cognitive-behavioural approaches to the treatment of depression and anxiety. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 921-937.
- Compas B.E. et al (2002) Problem-solving and problem-solving therapies. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 938-948.
- Jacobs B.W. (2002) Individual and group therapy. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 983-997.

## **Дополнительное чтение**

- Birmaher B. et al. (2000) Clinical outcome after short term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. Archives of General Psychiatry, 57, 29-36.
- Mufson L. et al. (1999) Efficacy of interpersonal therapy for depressed adolescents. Archives of General Psychiatry, 56, 573-579.

## Глава 37 СИСТЕМНАЯ И СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

### ПРОИСХОЖДЕНИЕ

«Человек - не остров», - писал Донн, и семейная терапия это признает. Тогда как психодинамическая терапия и биологическая психиатрия направлены на внутренние психические процессы индивидуума и патологию как на корень проблем, семейная терапия возникла из представления, что *система семьи* осуществляет сильное влияние на всех ее членов, и дисбалансы в этой системе могут проявляться как проблемы *идентифицированного пациента*, представляющего выражение семейной *дисфункции* или *нарушенного равновесия*. Эти процессы особенно влияют на детей, поскольку такая большая часть их жизни происходит в пределах семейной обстановки. Последние разработки в семейной терапии признали влияние системы семейных убеждений и преобладающих в данной социальной и культурной обстановке аттитюдов. На способ функционирования людей воздействуют их представления о том, какими они должны быть. Пол, раса и ролевые ожидания - все это влияет на убеждения и поведение людей, также как и многообразие личного и общего опыта в диапазоне от родительских требований до телерекламы. Действительно, по причине осознания взаимозависимости с внешним обществом и его системами, некоторые семейные психотерапевты сейчас предпочитают называть себя *системными психотерапевтами*. Чтобы применить эти концепции в терапии, разработано множество методов.

Теория семейных систем начала разрабатываться в конце 1950-х и в 1960е гг. Она признавала ограниченность объяснений человеческого поведения, основанных на *линейной причинности*, которая сосредоточена на действиях индивидуумов и содержании того, что они говорят и делают. Антрополог Грегори Бейтсон (Gregory Bateson) в качестве альтернативы ввел в семейную терапию представления, взятые из *кибернетики*. Он предложил, что работает *рецепторный детерминизм*, и нужно смотреть не на содержание, а на процесс. Это раскроет взаимозависимость членов семьи: одно событие не приводит к другому единичному событию; скорее, изменение одного члена различными способами влияет на всех других членов, которые затем реагируют и покушаются на первое лицо и т.д. При изучении этого процесса выявляют круговую *причинность*. Теорию систем и соответствующее мышление равным образом можно применять и за пределами семьи - чтобы осветить отношения между индивидуумом или семьей и более широким сообществом и организациями, например другими родственниками и друзьями, школой и социальной службой.

### Пример

- **Линейная причинность:** депрессивная мать создала зависимого сына из-за того, что не смогла устроить, чтобы он покинул дом, и неуправляемую дочь из-за того, что недостаточно за ней присматривала.
- **Круговая причинность:** мать несчастна, потому что ее муж много времени проводит на работе. Она ищет компанию у своего 18-летнему сына, и поэтому исключает свою 15-летнюю дочь. Сын чувствует ее одиночество и остается дома, чтобы быть с ней, и поэтому откладывает уход из дома и поступление в колледж и становится все больше и больше замкнутым. Мать осуждает отца за то, что он так много отсутствует, и отказывает ему в сексуальных радостях; у нее начинается депрессия. Наступающая холодность между родителями приводит дочь к серии поверхностных взаимоотношений, в которых она ищет, но никогда не находит утешения и тепла, которых недостает дома.
- **Следствие:** поведение настолько же обусловлено контекстом взаимодействий, в котором оно происходит, насколько - внутрипсихическими или эмоциональными процессами любого отдельного человека. Непризнание этого снижает шанс улучшить функционирование направленного на прием индивидуума и вполне может вызвать ненужную патологизацию.

## **Термины, применяемые при семейной терапии**

- **Система семьи.** Сущность, составляющие члены которой влияют друг на друга, причем взаимоотношения организованы по семейным правилам.
- **Подсистема.** Например, диада муж-жена; мать-ребенок, отец-ребенок; родители-дети; лица мужского пола – лица женского пола и т.п.
- **Семейные правила.** Регламентируют и стабилизируют функции семьи как единого целого. Многие из них могут быть скрытыми: «Если ты пожалуешься матери, у нее из-за этого поднимется кровяное давление», «Мы никогда не говорим о деньгах», «Мальчики не показывают чувства». Дисфункциональные семьи могут следовать дисфункциональным правилам, и, помогая им в ходе терапии осознавать это, можно создать для них возможность поменять эти правила на более полезные.
- **Гомеостаз.** Этот термин привнесен в семейное функционирование из физиологии. Он предполагает наличие убеждений и поведенческих механизмов, удерживающих взаимоотношения под контролем в пределах относительно узкого диапазона. Например, вызванная проступком ребенка угроза отцовскому авторитету может вызывать определенный взгляд или контругрозу, чтобы побудить ребенка исправиться, а это, в свою очередь, приведет к тому, что ребенок немного скорректирует свое поведение и т.д. Коды, воздействующие на этот контур обратной связи, могут быть довольно тонкими и частными. Из-за изменения обстоятельств или приспособления жизненных циклов семьи в переходные периоды (см. ниже) старые гомеостатические реакции могут не срабатывать и выходить из-под контроля; могут бесконечно воспроизводиться бесплодные и неэффективные образцы. Признание этого может помочь семьям разработать новые, более здоровые, образцы общения и поведения.
- **Структура жизненного цикла семьи.** Это дальнейшее направление семейной терапии, признающее, что на семейное и индивидуальное благополучие влияют внешние силы. Предполагается, что на каждой стадии существуют задачи развития, требующие мастерства. Неспособность смириться с этими изменениями и внести необходимые корректизы может потом привести к напряжению или дисфункции в системе семьи и проблемам или симптомам у одного члена семьи или у всех. Успешное согласование переходов может потребовать изменений первого порядка (определемых как изменения в пределах системы, не затрагивающие ее структуру) или изменений второго порядка (требующих фундаментальной переделки структуры и функции системы). Некоторые стадии жизненного цикла показаны во вставке 37.1, хотя нужно принять во внимание индивидуальное, социально-экономическое и культурное разнообразие, а также влияние таких дезорганизаций, как развод, безработица, тяжелое заболевание и т.п.

## **Некоторые рабочие инструкции, общие для большинства типов семейной терапии**

- **Принимать как можно больше членов семьи.** Раньше очень сильно рекомендовалось – для того, чтобы оценить образцы общения и поддерживающих взаимоотношений. Была озабоченность, что невозможность, по меньшей мере один раз, принять каждого из членов семьи может с легкостью привести к ошибочно сделанным выводам или к недооценке важных влияний. В наше время большинство семейных психотерапевтов работают со всеми теми, кто может прийти, признавая при этом важность системы семьи. Поэтому можно системно работать только с одним человеком.
- **Вычерчивать семейную генограмму (генеалогическое древо).** Это дает возможность быстро выявить влияние всех членов семьи, в т.ч. прародителей, теть и дядь, а также покойных родственников. Можно раскрыть межпоколенные образцы и выявить семейные истории и

ожидания: «Он - паршивая овца в семье», «Я – папина дочка», «В нашей семье все мужчины умирали рано или сильно пили».

- **Использовать коллег для наблюдения за процессом терапии.** Можно посредством одностороннего зеркала. Тогда психотерапевт получает обратную связь о том, что происходит в семье, и предложения по вмешательству, которые можно передать через наушник - «клипсу», по телефону, или высказать ему во время перерыва.

### Вставка 37.1 Стадии жизненного цикла

Стадия	Задачи
(1) Уход из дома	(а) Развить свою собственную идентичность, независимую от родительской семьи (б) Сформировать близкие взаимоотношения со сверстниками (в) Приобрести работу и финансовую независимость
(2) Сожительство	(а) Сформировать супружескую систему (б) Выстроить взаимоотношения с расширенной семьей и друзьями
(3) Семьи с маленьными детьми	(а) Приспособить супружескую систему, чтобы выделить место для детей (б) Участвовать в воспитании детей, решении финансовых и хозяйственных задач (в) Перестроить расширенную семью, чтобы включить роли родителей и прародителей
(4) Семьи с подростками	(а) Приспособить взаимоотношения так, чтобы подросток мог входить и выходить из системы (б) Переориентироваться на супружеские и карьерные проблемы середины жизни (в) Начать совместно заботиться о старшем поколении
(5) Дети уходят из дома	(а) Повторно согласовать супружескую систему как диаду (б) Развить с выросшими детьми отношения «взрослый со взрослым» (в) Принять в систему свойственников и внуков (г) Справиться с беспомощностью и смертью родителей
(6) В конце жизни	(а) Приспособить парное функционирование перед лицом угасания: физиологического, финансового и рабочей роли (б) Справиться с потерей супруга, сиblings и друзей (в) Принимать помощь от детей/внешних организаций

### Разновидности семейной терапии

Видов семейной терапии много, с течением времени они развивались в своих собственных рамках и оказывали влияние друг на друга. При *структурной* терапии раскрывают структуру семьи – в соответствии с тем, кто обладает властью и каковы образцы общения. Терапия пытается посредством практических маневров исправить любые искажения этой структуры. При *стратегической* терапии извлекают пользу из новых практических стратегий, чтобы помочь семьям найти свежий способ вырваться из укоренившихся отрицательных циклов поведения, не прописывая им «правильную» структуру. При *системной* или *миланской* терапии применяют расспрашивание – чтобы раскрыть членам семьи силы и убеждения, ограничивающие их поведение по

отношению друг к другу, и дать им возможность изменить то, что обнаружили, если они этим недовольны. При *терапии, направленной на решение*, сосредоточиваются на выявлении внешних событий и обстановок, действующих, когда проблема *отсутствует* или *не выражается*, и пытаются работать с семьей, чтобы сменить преобладающие обстоятельства на эти. *Системная терапия социального истолкования и нарративная (повествовательная) терапия* основываются на широко распространенном представлении о том, что объективной реальности не существует, а все что есть - истолкования. Такая концептуализация предлагает возможность переистолковать события и заново рассказать историю человека таким способом, который приведет к полезным изменениям в семейном и личном функционировании. Например, преобладающее повествование девочки о том, что она претерпела, будучи жертвой родительской враждебности, можно «переписать» на героическое выживание в трудные времена, вплести туда то, что несмотря на это, она достигла ряда выдающихся конкретных успехов и теперь готова расправить крылья и двигаться дальше – к тому, чтобы стать успешной молодой взрослой.

Независимо от конкретного типа семейной терапии, она предлагает думать о личных трудностях по-другому. До системного мышления доминантные медицинские и психодинамические модели имели тенденцию помещать патологию внутри человека - обычно как конституциональную или патогенную характеристику; часто считали, что причина находится за пределами сознательного контроля пациента. Терапия прежде всего была направлена на индивидуума, чтобы перестроить патологический процесс - изменяя либо психические процессы посредством психотерапии, либо химические процессы посредством препаратов.

Начиная с середины 1960-х и до середины 1980-х, системное мышление и другие разработки привели к способу мышления, придающему особое значение тому, что поведение людей находится под сильным влиянием их взаимодействия с окружающими и общения с ними. В поведенческой психологии уже описано, как картина стимулов и реакций может определять поведение индивидуума, но теоретики семейных систем были сосредоточены на более сложном наборе средовых детерминантов. Клиента рассматривали как в основном здоровую личность, которая не функционировала хорошо потому, что реагировала на необоснованные требования, наложенные на нее внешней системой; в таких обстоятельствах любой мог бы с достаточным основанием реагировать таким образом. Психотерапевт пытался изменить влияние семьи на клиента, в результате сдвигалась вся система, в т.ч. и личные характеристики и проблемы клиента. Терапию проводили, работая над текущими проблемами «здесь и сейчас». Она не затрагивала источников трудностей в прошлом и поведения, которое психотерапевт воспринимал как проблему, а клиент – нет. Во главу угла было поставлено изменение внешних сопутствующих событий, а не индивидуум как сознательный и активный участник.

Последние десять лет возвестили о дальнейшем развитии мышления по поводу личных проблем. Оно признало более широкий культурный контекст жизни людей, сосредоточилось на том, что люди могут сделать, а не на том, чего они не могут, и подтверждает, что ощущение идентичности у человека формируется активными сознательными процессами. Люди конструируют о самих себе историю, которую надо уважать и с которой надо работать, используя язык самого человека и не навязывая профессиональный жаргон. Человека рассматривают как личность, имеющую много сильных сторон, которые может понадобиться мобилизовать, чтобы бороться с трудностями вне самого человека. Психотерапевт сосредоточивается на том, чтобы помочь индивидууму больше пользоваться эффективными стратегиями, которые уже входят в его репертуар. Этого можно достичь, помогая человеку осознать «сценарий», по которому он живет, и создавая возможность «переписать» его на более положительную историю, чтобы жить свою жизнь по ней.

Другие подходы для работы с семьями также признают сложность широких взаимоотношений, но они не выведены главным образом из теории кибернетических систем. Они включают психодинамическую семейную терапию и поведенческую семейную терапию. Последняя улучшает исходы у людей с шизофренией, уменьшая число критических замечаний ближайшими родственниками, - этот успех хорошо подтвержден документально. Тренинг родителей, основанный на поведении, эффективно улучшает проблемы с поведением в детстве.

## **СТРУКТУРНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ**

Этот подход разработан Сальвадором Минухиным (Salvador Minuchin) в 1960-е гг. при работе с бедными этническими меньшинствами в США. Он приспособлен к настоящему времени и действует «здесь и сейчас». Так, не обсуждаются прошлая история и происхождение дисфункциональных взаимоотношений. Изменения наступают через действия, а не посредством достижения инсайта. Обращаются к проблемам нынешнего повседневного мира, а не к неразрешившимся внутренним конфликтам прошлого. Основан на *нормативной модели семьи*, которая хорошо функционирует, а *взаимоотношения* имеют *четкие и хорошо обозначенные границы*. Это особенно справедливо в следующем:

- (1) Супружеская подсистема - защита частной жизни супругов;
- (2) Подсистема сиблиングов - иерархическая организация, различные задачи и привилегии которой соответствуют возрасту и полу сиблиングов, как это установлено в культуре семьи;
- (3) У границы вокруг нуклеарной семьи - хорошая демаркация, при этом признается огромное культурное разнообразие.

Фундаментальный принцип здесь то, что симптом – продукт дисфункциональной семейной системы, и если организация семьи станет более нормальной и функциональной, симптом исчезнет. Симптомы неспецифичны относительно дисфункциональных структур.

### **Термины**

- ***Иерархия.*** Относительное влияние каждого члена семьи на результат занятия. Ее нужно определять относительно конкретных обстоятельств, а не как постоянную и неизменную идею. Например, родители проявляют ответственность и власть. Ребенок-родитель (взявшись за себя в семье роль родителя) - пример аномалии или дисфункции.
- ***Граница.*** Невидимая линия, проводящая демаркацию системы, подсистемы или индивидуума от их окружения. Возникает из правил о том, кто участвует в операции и как она проводится, и из ролей, которые каждый человек играет по отношению к другим в продолжение конкретной семейной функции. Граница сохраняет целостность (суб)системы, так что ее члены могут без помех выполнять задачи, но должна быть достаточно проницаемой, чтобы допускать взаимозависимость. Таким образом, границы могут быть истолкованы в континууме от слишком проницаемых на одном конце до слишком жестких – на другом:
  - ***Спутанность*** является следствием того, что границы недифференцированы, проницаемы или размыты. Индивидуумы испытывают затруднения во взаимоотношениях из-за невозможности быть самостоятельными.
  - ***Четкие границы*** способствуют здоровым взаимоотношениям
  - ***Разобщение*** является следствием жестких, непроницаемых границ, между членами семьи мало взаимодействий и общения.
- ***Группировки.*** Возникают посредством объединения или противостояния двух членов системы при проведении операции, могут быть положительными и отрицательными. Наблюдаемые структуры могут включать:
  - ***Коалиции*** двух членов семьи против третьего: например, отец и сын против матери. Коалиции различаются по тому, насколько они стабильны. Некоторые коалиции основаны на обхождении, например кажется, что пара хорошо ладит, но это потому, что они обходят свою проблему через ребенка.
  - ***Триангуляция***, где каждый родитель требует, чтобы ребенок был его союзником в конфликте с другим.

- **Альянсы**, когда двоих объединяет интерес, не разделяемый третьим. Это здоровая поддерживающая структура, не вредная для других.
- **Власть** имеет отношение к относительному влиянию.
- **Идентифицированный пациент.** Человек, приведенный за помощью, хотя на самом деле причина проблемы лежит в образцах взаимодействия на уровне всей семьи и будет различным способом затрагивать всех ее членов. Задача терапии состоит в том, чтобы раскрыть, каким образом семья использует симптомы идентифицированного пациента для поддержания своего функционирования и как они согласуются с ее деятельностью (вставка 37.2).

### **Вставка 37.2 Семья Джонсов на приеме у структурного семейного психотерапевта**

Г-н Джонс - учитель математики, а г-жа Джонс – бывшая медсестра, ухаживает за их тремя детьми. Роберту 15, у него инвалидизирующие боли в животе без очевидной органической причины, и за последние шесть месяцев он пропустил почти всю школу. Джейн, 13, сообщается, что у нее нет проблем, и она хорошо учится. Джону 10, он отказывается делать то, что его просит мать, и часто ругается на нее.

Во время расспрашивания обнаруживается, что, чтобы г-же Джонс было проще помогать Роберту при частых приступах болей по ночам, он спит в спальне родителей на раскладушке. Повторныеочные волнения привели к тому, что г-н Джонс страдал от недостатка сна, это отражалось на его преподавании, поэтому ему пришлось переместиться в свободную комнату. Большую часть вечеров он проводит в своем кабинете, проверяя письменные работы учеников, а по выходным ходит один на рыбалку. Он считает, что проблемы Роберта происходят из конституции, которая три года тому назад была ослаблена аппендицитом.

Психотерапевт не реагирует на это объяснение событий, коренящееся в прошлом, но замечает, что г-н Джонс и Джейн сидят вместе на одной стороне комнаты, Джон – посередине, а г-жа Джонс сидит на другом конце очень близко к Роберту и шепчет ему. Через некоторое время она решает, что граница между г-ном и г-жой Джонс – жесткая, и они разобщены, тогда как между Робертом и г-жой Джонс – слишком размытая, и они спутаны. Поэтому она вмешивается, изменив порядок рассаживания, так чтобы г-ну и г-же Джонс пришлось сидеть рядом друг с другом и вдали от детей, и им была поставлена задача отыскать два практических шага, чтобы помочь вернуть Роберта в школу на один час в день. Между тем трех сиблиングов усадили в другом углу комнаты и им поручили вместе придумать угощение для своих родителей.

Эти маневры предназначены для того, чтобы содействовать родительскому авторитету и усилить супружескую субсистему и субсистему сиблиングов. В качестве домашнего задания родителям поручают проводить один вечер в неделю вне дома и согласовать совместное осуществление их плана вернуть Роберта в школу. Г-ну Джонсу, который до сих пор почти совсем ничего не делал вместе с Робертом, поручают по субботам брать его с собой на рыбалку. На последующих сеансах занимаются размещением во время сна, и г-жу Джонс спрашивают, как Роберт добивается того, что она так сильно его балует. Таким образом, психотерапевт переоформляет его поведение, представляя его не как болезнь, а как поиск сочувствия для того, чтобы избежать школу. Г-жа Джонс начинает понимать его роль в организации ее заботливого поведения и становится очень сердитой на него, в результате он выезжает из спальни, а г-н Джонс въезжает туда обратно. Обоих родителей поддерживают в том, чтобы последовательно выполнять свою программу, не принимая никаких оправданий для того, чтобы неходить в школу. Боли в животе почти совсем перестают обсуждать во время сеансов, и они постепенно ослабевают.

## **Методики вмешательства**

Психотерапевт *активно направляет*. Он (или она) оспаривает образцы семейного взаимодействия и обнаруживает скрытые правила. Это делается посредством *присоединения* к системе семьи и *приспособления* к ее стилю, чтобы почувствовать, что он собой представляет. Он (или она) признает болезненную ситуацию, но освободит индивидуума от ответственности, например: «Ты так ребячлив – как остальным удается сохранять тебя таким?» Он (или она) *переоформит* симптом как часть структуры семьи и применит силу своей личности (которая должна быть мощной и сочувствующей), чтобы помочь произвести изменение. Чтобы сделать это, им может потребоваться *разбалансировать* систему, выставляя дисфункцию, и дестабилизировать ее, чтобы поощрить появление более здоровой структуры. Они могут побудить семью *разыграть* проблему в пределах комнаты, чтобы увидеть, что происходит, и предоставить альтернативы, например, если у дочери анорексия, покушайте всей семьей.

## **СТРАТЕГИЧЕСКАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ**

Здесь психотерапевты применяют целый ряд *стратегий*, чтобы избавиться от специфического набора предъявляемых симптомов. В отличие от структурных психотерапевтов стратегические психотерапевты не занимаются навязыванием семье каких-либо заранее определенных нормативных структур.

Этот метод работы является результатом интеракционного подхода (с точки зрения взаимодействий), при котором считают, что общение возникает не в изоляции, а в контексте другого общения. Например, в случае детской драки, неуместно спрашивать, кто ее начал, поскольку каждая сторона могла бы сказать, что она только реагировала на то, что делал другой. Поэтому необходимо в качестве единицы исследования брать всю систему. Вацлавик (Watzlawick) утверждал, что «все поведение – общение»: как невозможно не вести себя, также невозможно не общаться. Например, муж, который отстраняется и «отказывается общаться» со своей женой, на самом деле рассказывает массу своих обид, гнева и отвергания ее. Сбивает с толку *парадоксальное общение*, типичный образец которого – *двойная увязка*, где первая «увязка» – то, что содержание и форма сообщения могут противоречить друг другу, а вторая увязка – метасообщение о том, что вам не разрешается это противоречие замечать, например, когда мать говорит своей дочери: «Как приятно тебя видеть», и направляет на нее застывший взгляд.

Текущая картина общения и поведения удерживается, чтобы сохранять предъявляемую проблему; считают, что ее история и этиология не имеют значения. В результате эта терапия может быть очень оптимистичной, например, когда можно пренебречь годами злобных чувств и безысходных объяснений ради того, чтобы сосредоточиться на том, что впредь может быть сделано по-другому.

Главными разработчиками стратегической терапии были Джей Хэли (Jay Haley) и его жена Кло Мэдэнес (Cloe Madanes). Хэли написал несколько влиятельных книг, в т.ч. «*Терапию решения проблем*» в 1976 г. Он утверждал, что симптомы – не поведение вне контроля, а стратегия регуляции взаимоотношений, когда все остальное не помогло. Он приводил пример женщины, которая настаивала на том, чтобы ее муж был дома каждую ночь, иначе у нее будут панические атаки. Таким образом, она возлагала на панические атаки ответственность за свой контроль над ситуацией. Симптомы используют для того, чтобы контролировать взаимоотношения, когда более честные методы не помогают.

Стратегические психотерапевты занимаются текущими образцами повседневного общения, а также повторяющимися последовательностями взаимодействий между членами семьи. Общение определяет взаимоотношения; симптомы – тактика этой борьбы. Цель психотерапевта – маневрировать, добиваясь, чтобы пациент разработал другие способы определения взаимоотношений, чтобы отказаться от использования симптомов как метода осуществления контроля.

## Методики

Психотерапевт должен разработать стратегию для каждой проблемы и несет ответственность за изменения. Это прагматический подход, занимающийся тем, что действует. Психотерапевты применяют свою власть, чтобы преодолеть «сопротивление» пациентов, и «манипулируют», т.е. скрывают от пациентов основание для вмешательства.

- (1) **Переобозначение.** Эта тактика предназначена для того, чтобы выделить позитивное, представляя разумным явно дисфункциональное поведение. Например, Хэли описывает, как жене, чей муж гонялся за ней с топором, сказали, что он пытался к ней приблизиться. Таким образом, изучают обе стороны общения и выявляют его менее очевидные аспекты, что иногда описывают как «воздействие на метасообщение», в этом случае – то, что муж проявлял отчаянный интерес к своей жене. Такие переобозначения могут изменить контекст взаимоотношений и привести к улучшению.
- (2) **Указания.** Это задания, предложенные семье для выполнения за пределами сеанса. Например, матери велят, чтобы она прекратила вмешиваться, когда отец и сын говорят друг с другом. Однако эти директивы часто не действуют, так как семьи сопротивляются и вложились в статус-кво.
- (3) **Прописывать симптом.** Это можно попробовать позже - как форму *парадоксального вмешательства*. Пациенту велят продолжать делать то, ради прекращения чего они пришли на терапию. Это предназначено для того, чтобы спровоцировать неповиновение у пациентов, которые могут прийти в следующий раз и сказать, что они делали это гораздо меньше, чем ранее. Если они продолжают, то оказываются вынужденными признать, что обладают некоторым контролем над поведением и восстать против его неразумности и воздействия на других. Деспотичной матери можно предписать продолжать следить абсолютно за всеми мельчайшими деталями жизни семьи и не позволять никому другому высказывать о чем-нибудь хоть малейшее мнение. Мальчику, отказывающемуся от школы, можно предписать никогда не выходить из дома и даже не заглядывать в книгу. Тогда проблема берется под контроль, так как пациентам говорят, что они отвечают за симптом. Деспотичная жена больше не следит за всем в доме, если психотерапевт говорит ей, что делать; а если она сопротивляется указаниям, то она будет менее деспотичной. При этом допускается, что если симптом предъявлялся как способ получить преимущество, он разрешится как только будет ставить пациента в невыгодное положение (вставка 37.3).
- (4) **Юмор и метафора.** Их можно использовать для того, чтобы выявить более светлые стороны семьи, спускать давление и отклоняться от логического мышления. Чтобы побудить семьи вырваться из фиксированных образцов, могут потребоваться тангенциальные, непрямые и «необычные решения».
- (5) **Предоставление альтернатив.** Для замещения проблемного поведения предлагаются другие занятия.
- (6) **Экстернализация проблемы.** Эта методика беспечно приписывает действующую силу симптуму, чтобы дать семье возможность объединиться против него, и хорошо описана Майклом Уайтом (Michael White). Она придает меньше значения неудаче, уменьшает конфликт вокруг симптома, открывает новые возможности для действия и выявляет более светлые стороны семей (оптимизм заменяет пессимизм). Например, вместо того, чтобы осуждать мальчика за загрязнение, неприятность приписываю «гадким какам», которых надо вызвать на бой, чтобы их победить. Рисуют образные диаграммы - чтобы показать прогресс и сделать это эпической игрой, в которой ребенку помогают придумать творческие стратегии для победы.

### **Вставка 37.3 Семья Джонсов на приеме у стратегического семейного психотерапевта, применяющего подход Хэли.**

Интервьюируют ту же семью, которая описана во вставке 37.2. Однако на этот раз не делают никаких структурных реорганизаций порядка рассаживания. Психотерапевт замечает, что боли в животе помогают Роберту удерживать мать дома, чтобы она ухаживала за ним вместо того, чтобы вернуться к работе медсестры, - чего она, по ее словам, хочет, но похоже, на самом деле не хочет. Психотерапевт говорит семье, что ситуация серьезная, и предписывает г-же Джонс усилить наблюдение за Робертом, в течение следующих двух недель каждый час проверять степень его боли, и ни при каких обстоятельствах не оставлять его в доме без присмотра. Роберту нужно отмечать малейший приступ боли; ему говорят, что в противном случае, если это надолго оставить, вероятно, станет гораздо хуже. Он должен просить свою мать следить за ним очень внимательно, безотносительно к тому, чем она жертвует.

Через две недели такого семья постепенно начинает осознавать, насколько боль Роберта доминирует. Г-жа Джонс надоедает день и ночь караулить его. Сам Роберт чувствует принуждение, так как теперь ему надо все время оказываться больным и ему не разрешают по вечерам встречаться со своими друзьями. Возникает изменение сдвиг в отношении, и г-жа Джонс не так остро реагирует на приступы боли у Роберта. Он, в свою очередь, меньше и меньше жалуется, начинает больше выходить из дома и, в конце концов, возвращается в школу.

### **Краткая терапия, направленная на решение**

Это разновидность стратегической терапии, разработанная среди прочих Стивом де Шейзером (Steve de Shazer). Расширяет подход, направленный на успех, и обычно включает не более пяти - десяти сеансов. При расспрашивании придают особое значение исключениям: Когда симптом *не* присутствовал? Что вы в то время делали? Можете ли вы сделать это еще? Замечают различия в тяжести симптома и обращают внимание на то, что тогда происходило. Внимание сосредоточено на том, что происходит, когда все идет хорошо, а не на том, когда дела идут плохо. При этом допускается, что люди уже знают, что им надо делать для разрешения своих жалоб; психотерапевту нужно только помочь им найти свое собственное творческое решение для «выхода» из беды. Решение может далеко не соответствовать проблеме и может включать совершенно различные составляющие. Де Шейзер пользуется метафорой - натолкнуться на запертую дверь, препятствующую продвижению к более удовлетворительной жизни. Вместо того чтобы проводить много времени, мучительно размышляя, почему здесь дверь и кто ее запер, семье необходимо только найти набор «отмычек», которые откроют эту дверь, и другие, препятствующие их продвижению.

### **Методики**

- **Точное описание** проблемы. Спрашивают: «Как я узнаю, если ее депрессия станет лучше? Что я увижу?» Стремятся к ограниченным, но достижимым целям, и, сосредоточиваясь на точных описаниях, ведут семьи к тому, чтобы распознавать улучшения, как бы они ни были малы. Тогда они начинают становиться подкрепляющими и создают семье мотивацию, чтобы продолжать делать вещи по-другому, и так увлекают их к дальнейшим изменениям.
- **Чудотворный вопрос:** Что было бы, если бы ты завтра проснулся, и проблема исчезла? Что именно было бы по-другому?
- **Чудотворное вмешательство:** X нужно завтра действовать так, как если бы у него не было проблемы, Y нужно неявным образом подтверждать это своими реакциями, X нужно неявным образом их заметить, но это не будет обсуждаться.

- **Сосредоточенность на успехах:** начать замечать те случаи, когда проблема отсутствует. Что происходит в то время? Заметить эти успехи: Каким же образом тебе удалось не делать этого (о симптоматическом поведении)? Как тебе удается не делать этого сейчас? Раз уж ты справился с позывом, давай совершенствовать, развивать твое управление позывом («серфинг»). Если стратегия действует, продолжай работать; если нет, делай что-нибудь другое.

## **МИЛАНСКАЯ СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ**

Разработана в Милане (Италия) Сельвини-Палаццоли (Selvini-Palazzoli), Прата (Prata), Босколо (Boscolo) и Цечин (Cecchin) для хронических, резистентных случаев; при этом подходе занимаются выведением наружу скрытых убеждений и значений, которые ограничивают поведение семьи. Модель должна распознавать и оспаривать убеждения, так чтобы их можно было пересмотреть и модифицировать для более точного соответствия тому, что происходит; ожидается, что тогда, в соответствии с новым набором убеждений и приоритетов, изменится и поведение. Этим она отличается от структурной семейной терапии, цель которой - изменить поведение через непосредственное действие, а не вследствие корректировки убеждений. Согласно миланской системной терапии, относительно единичного действия может быть несколько противоречивых наборов убеждений. Например, относительно дочери, которая поздно возвращается домой, родитель может полагать, что ей следует приходить домой раньше из-за риска, что ею могут воспользоваться, но может также полагать, что, если внедрять слишком строгую дисциплину, она убежит из дома как ее старшая сестра. По мере того, как убеждения раскрываются, их можно проверять относительно взглядов и интересов других членов семьи и соответственно разрабатывать. Как и другие методы семейной терапии, системный подход со временем изменился, все больше подчеркивают роль языка в формировании убеждений.

Центральная методика - круговое расспрашивание для того, чтобы раскрыть, как убеждения связаны с поведением. Соответственно, каждый следующий вопрос вытекает из ответа на предыдущий, стремится обнаружить, какое это имеет значение для других убеждений в системе и раскрыть их взаимоотношения. Тогда как линейное расспрашивание направлено конвергентно, чтобы все более детально прояснить, каково психическое состояние или поведение, круговое расспрашивание стремится выявить *связи* с другими убеждениями и с другими членами семьи. Таким образом, стремятся понять, как опыт сочетается с системами убеждений, а не узнавать все больше и больше об опыте. Например, если кто-то неоднократно приносит на сеансы гнев, вместо того, чтобы продолжать исследовать это чувство, стали бы выяснять, что бы означало, если это чувство убрать. Можно обнаружить, что они бы остались с убеждением в своей никчемности и бессилии, считали бы себя жертвой, а поскольку это еще более неприятно, они продолжают гневаться.

## **Методики**

### **Построение гипотез**

- Проводится перед сеансом, перед тем, как семья сможет навязать свое определение проблемы.
- Организует расспрашивание. Это развертывающийся процесс, в котором при сборе информации проверяются гипотезы.
- Проясняет, какие приобретения и потери дает симптом каждому члену семьи и как симптом помогает семье, борющейся с перспективой изменений.
- В семье, переживающей хроническую проблему, каждый член действует так, чтобы прекратить изменения, стремясь восстановить статус-кво после того, как изменение уже возникло, и пытаясь сохранить старые образцы, даже если они противоречат новой ситуации. Это представление о «сопротивлении» изменениям больше характерно для более ранней системной терапии; сейчас больше признают, что семьи действительно хотят измениться.

## **Нейтралитет**

- Психотерапевты стараются не втягиваться в систему семьи и не становиться на чью-либо сторону; чтобы помочь им сохранить независимость, у них может быть команда по другую сторону одностороннего зеркала.
- Ответы не оценивают и с ними не соглашаются: показывают понимание, а возможно, и сочувствие, но не принимают точку зрения ни одного члена семьи как правильную или окончательную.
- Психотерапевт остается связанным со всеми членами семьи.
- Психотерапевт пытается понять и не предписывает, какой должна быть семья, позволяя им выработать свои собственные решения.

## **Круговое расспрашивание**

- Означает, что один вопрос ведет к другому, направленному вовне, но в другую сторону, а не линейно к определению феноменов (вставка 37.4).
- Индивидуумов просят изложить проблему в терминах поведения, а не с точки зрения эмоционального состояния (настроения).
- Обсуждается влияние симптома на взаимоотношения: «Кто и что делает в ответ? Кого это затрагивает больше всего? Кто первый заметил? Кто больше всех беспокоится?»
- Рассматривают различия между людьми: «Кто больше всех беспокоится, что Люся не хочет есть?»
- Рассматривают гипотетические сценарии, чтобы определить влияние симптома на взаимоотношения: «Если бы у Вани не было проблемы, кто был бы ему ближе всех?»
- Исследуют распределение во времени: «Какие были взаимоотношения до и после «проблемы?» Размышление о будущем: «Что бы произошло, если бы это никогда не улучшилось?»
- Расспрашивание может быть триадическим, т.е. третье лицо спрашивают об отношениях двух других: «Как действуют на твою мать вспышки гнева твоего брата?»
- Обсуждают новые альтернативы: «Что должно произойти, чтобы прекратить плохое поведение Джима?» Значения и действия разделяют.
- Пользуются круговым расспрашиванием молчащих/«сумасшедших» членов семьи: «Если бы он заговорил, то что бы сказал?»
- К эмоциям относятся описательно, а не сочувственно: «Кто из ваших детей лучше всего понимает вашу депрессию?», «Что должно измениться, чтобы уменьшить вашу депрессию?»
- Показывают, что информация имеет для разных членов семьи различное значение, и этим раскрывают семейные взаимоотношения.

## **Положительный скрытый смысл**

- Это больше, чем вид переоформления или переобозначения - потому что пытается воздействовать на правила всей семейной «игры», а не на поведение одного индивидуума.
- Симптоматическое поведение переоформляют на хорошее - потому что оно помогает поддерживать систему в равновесии, и этим способствует сплоченности и благополучию семьи. Таким образом, приписывают волю, и рассматривают симптом не как отрицательную сущность, а как то, что помогает семье.
- Предполагаемое намерение – то, что задумывалось как положительное, а не само поведение: «Спасибо за то, что, отказавшись есть, ты воспрепятствовал вспышке семейного раздора по поводу плохого поведения твоего брата». Ранние системные психотерапевты верили, что поскольку положительный скрытый смысл выражает одобрение, семьи не будут ему сопротивляться. Более поздние психотерапевты пришли к мнению, что семьи непременно сопротивляются не изменению, а подходам к лечению, не согласующимся с их убеждениями.

#### **Вставка 37.4 Семья Джонсов на приеме у миланского системного психотерапевта**

Интервьюируют ту же семью, которая описана во вставке 37.2. На этот раз психотерапевт задает серию вопросов, выявляя различия между членами семьи, в начале спрашивая дочь, Джейн: «Кто больше всех расстроен тем, что Роберт не ходит в школу?» Она говорит, что ее пapa. Г-жу Джонс спрашивают, что бы произошло, если бы ее муж стал строгим и настаивал, чтобы Роберт ходил. Г-н Джонс вставляет, что он бы никогда не настаивал, так как это было бы авторитарным действием, а его собственный отец - жесткий сторонник строгой дисциплины – на всю жизнь травмировал его своим запугиванием; ни с одним из его сыновей не будут обращаться таким образом. Теперь Джейн спрашивают, кто был бы больше всех расстроен, если бы Роберт *действительно* пошел в школу. Она отвечает, что ее маме было бы одиноко. Затем г-жу Джонс снова спрашивают, что бы произошло, если бы ее муж стал строгим и настаивал, чтобы Роберт ходил в школу. Она отвечает, что Роберт чувствительный, и она беспокоится, что если на него будут давить, у него будет нервный срыв – так же, как и у г-на Джонса, когда ему было 15. Младшего брата Джона спрашивают, что бы произошло, если бы Роберт вернулся в школу. Он отвечает, что Джейн бы торжествовала, потому что она умная, а Роберт провалил свои репетиционные экзамены в начале года и выглядел бы глупо. Джон говорит, что вся семья вдоль была им, как важны успехи в школе – их отец был сыном мусорщика, но благодаря успехам в учебе стал учителем в средних классах.

Психотерапевт делает перерыв, чтобы проконсультироваться со своими коллегами за односторонним зеркалом. Они предполагают, что семья кажется парализованной двумя противоречивыми и вызывающими страх убеждениями: если ты не будешь достаточно усердно работать, ты можешь провалиться в учебе; если ты слишком усердно работаешь, у тебя может быть нервный срыв. Они рекомендуют психотерапевту спросить членов семьи, как каждый из них видит будущее через два года. По возвращении к семье, она спрашивает об этом. Роберт говорит, что он бы хотел освободиться от боли и снова играть в футбол, и ухмыляется, когда говорит, что тогда ему уже больше не надо будет делать математику. Джон говорит, что в средней школе, которую он тогда будет посещать, он надеется быть в школьной футбольной команде. Он добавляет, что хотел бы, чтобы отец, Роберт и он могли бы вместе играть в футбол, как раньше, гордо заявляя, что его пapa раньше был в команде университета. Мать говорит, что она хотела бы снова быть медсестрой, а Джейн сказала, что она была бы поражена, если бы ее мама это сделала. Отец говорит, что он не может желать больше, чем они уже сказали, но надеется, что ему не придется ждать два года, чтобы поиграть в футбол со своими сыновьями: как насчет игры сегодня вечером? Мальчики с энтузиазмом соглашаются.

Психотерапевт говорит, что она поражена тем, как семья вместе работает над решением проблемы. Она интересуется, можно ли использовать опыт г-на Джонса, имевшего срыв и по-правившегося, чтобы помочь Роберту. Г-н Джонс говорит, что ему пришло на ум, что он может снова помогать Роберту с математикой. Он был озабочен тем, чтобы не оказывать давление на своего сына, но теперь думает, что Роберт так долго не был в школе, что, вероятно, не знает, с чего начать. Роберт выглядит успокоенным. Семья продолжает обсуждать, что они сейчас могут сделать, чтобы через два года прийти к тому, где они хотят быть. На последующем приеме спустя две недели боли у Роберта гораздо слабее и он начал постепенное повторное поступление в школу.

Примерно через 30-40 минут сеанса, системный психотерапевт часто удаляется минут на десять, чтобы совещаться со своей командой за односторонним зеркалом. После этого он/а снова входит в комнату и делает «сообщение», которое может сопровождаться заданием, которое члены семьи должны выполнить. Далее следуют примеры.

## **Парадокс и контрпарадокс**

- **Парадокс** устанавливается тем, что семья признает положительный скрытый смысл психотерапевта: почему хорошая вещь - сплоченность семьи, требует симптома у своего члена? Психотерапевт растолковывает дилемму, которая стоит перед семьей.
- **Контрпарадокс** может предъявляться психотерапевтом в виде сообщения, предназначенногодля того, чтобы помочь семье найти выход. Вместо того чтобы говорить, что симптоматический пациент должен измениться, а остальное семейство – не должно, контрпарадокс пред назначен для того, чтобы разбить дисфункциональный парадоксальный образец, например, прописывая неизменность. Затем семью оставляют самостоятельно разрешить парадоксальные абсурдности после сеанса.

## **Инвариантное назначение**

Это задание разработано двумя из четверки миланских основоположников - Сельвини-Палаццоли и Прата. Оно стремится нарушить обусловленные сговором образцы «родитель-ребенок», в которых члены семьи разыгрывают «игру», поддерживающую симптомы ребенка. Часто это достигается тем, что ребенок примыкает к «более слабому» родителю и наносит поражение «победителю» посредством поведения больного. Родителям говорят запланировать несколько вечеров вне дома, уходить перед обедом без предварительного предупреждения, только оставив записку, говорящую «сегодня вечером нас не будет дома». По возвращении они не должны давать своим детям никаких объяснений, говоря, что «эти дела касаются только нас двоих». Каждого родителя просят вести личную тетрадь, записывая вербальное и невербальное поведение, следующее за выполнением назначения. Эта процедура предназначена для того, чтобы усилить альянс родителей и сломать ранее существовавшие коалиции, блокируя «игры» контроля, поддерживающие аномальное поведение.

## **Нarrативный (повествовательный) подход**

Этот подход к терапии - недавняя разработка, принятая некоторыми стратегическими и системными психотерапевтами. Его предметом являются имеющиеся у людей истории, направляющие их жизни. Джон Бинг-Холл (John Byng-Hall) сочетает это с акцентом на теорию привязанности в своей разновидности семейной терапии, основанной на *Переписывании семейных сценариев* (заглавие его книги 1995 г.). Взрослые и дети в достаточно надежной обстановке могут сконструировать новый способ видеть свое будущее и им можно помочь прожить его, освободившись от прошлых ограничений и ожиданий. Дэвид Эпстон (David Epston) применяет написание писем как часть *Narrативных средств* терапевтической цели (заглавие его и Майкла Уайта (Michael White) книги 1990г.). Часто проблемы и душераздирающие истории жизни переписывают, используя терминологию самих людей, но подчеркивая, как они все время героически сопротивлялись невероятному напряжению, которому подвергались. Находят свидетельства о случаях, когда они не находились под властью проблемы, и их поощряют думать о будущем от лица сильного, компетентного человека, который в настоящий момент обнаружился в интервью. Человека поощряют создавать или искать в своем ближайшем окружении восприимчивую социальную группу, так чтобы иметь возможность прожить свою новую историю и идентичность.

## **ОЦЕНИВАНИЕ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ**

### **Критика**

У некоторых семейных психотерапевтов мало знаний о специфических синдромах детской и подростковой психиатрии. Вместо этого, все проблемы представляются возникающими из ано-

мальных образцов взаимоотношений. Они не признают вклада частично или полностью конституциональных расстройств, таких как синдром Аспергера или СДВГ. Даже при таком состоянии, как расстройство поведения, где психосоциальные факторы имеют большое значение, подход семейной терапии может не уловить специфическое расстройство чтения, присутствующее почти в трети случаев, и поэтому не может воздействовать на причинный вклад, который оно может вносить.

Некоторые семейные психотерапевты редко принимают ребенка одного. Тем не менее, интервью с ребенком часто совершенно необходимо для того, чтобы раскрыть депрессию, издевательство или насилие. Из-за страха, стыда или по другим причинам, дети могут перед другими членами семьи не сказать, что они думают.

Семьи приходят за помощью потому, что они чувствуют, что необходимо непосредственно воздействовать на симптомы их ребенка. Однако они могут отказаться из-за того, что будут ощущать как несоответствующее вторжение в их частные взаимоотношения. Некоторые формы, в особенности, миланская системная, могут использовать вторую команду, чтобы наблюдать за психотерапевтом, а это дорого. При миланской терапии психотерапевтам трудно быть нейтральным, если у них имеются предусмотренные законом обязанности защитить ребенка от практикуемого насилия. Отсутствие объяснения тому, почему расспрашивание следует данной линии, и сбивающая с толку природа вмешательства может отвратить некоторые семьи, которые голосят ногами и не возвращаются.

## **Возражения**

Многие, если не все из этих беспокойств можно превозмочь посредством гибкой работы. Например, в многодисциплинарной команде, часто можно перед тем, как приступить к семейной терапии, провести первичную общую оценку, хотя на практике большинство семейных психотерапевтов не работают таким образом. Вовлечь семью – это искусство психотерапевта, и умелый психотерапевт не будет терять семьи из-за того, что слишком быстро станет слишком глубоко внедряться, но будет восприимчив к тому, что семья может вытерпеть. Одно из главных преимуществ подготовки по семейной терапии – способность распознавать внутрисемейные влияния на поведение и воздействовать на них, что не удается делать при линейном «диагностическом» подходе.

## **Исследования результатов**

Было довольно мало строго контролируемых исследований результатов или тщательно проведенных исследований отдельных случаев. Тем не менее, в рандомизированных контролируемых испытаниях показано, что семейная терапия эффективна при нервной анорексии, а ее разновидность, называемая функциональной семейной терапией (у которой мощная поведенческая составляющая), эффективна при подростковой делинквентности. Оба эти состояния печально известны как трудные для лечения, поэтому результаты с величиной эффекта 0,4-0,7 стандартных отклонения впечатляют.

## **Обзор по теме**

Jacobs B.W., Pearse J. (2002) Family therapy In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 968-982.

## **Дополнительное чтение**

- Alexander J.F., Sexton T.L. (2002) Functional family therapy: a model for high-risk, acting-out youth.  
In: Kaslaw F.W. (ed.) Comprehensive Handbook of Psychotherapy volume 4. John Wiley, New York, pp. 111–132.
- Byng-Hall J. (1995) Rewriting Family Scripts. Guilford, London.
- Cottrell D., Boston P. (2002) Practitioner review: the effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 573–586.
- Haley J. (1976) Problem-Solving Therapy. Jossey-Bass, San Francisco.
- Minuchin S. (1974) Families and Family Therapy. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- White M. (1995) Re-authoring lives. Adelaide, Australia: Dulwich Centre.

## **Глава 38 ВОСПИТАНИЕ В ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ И УСЫНОВЛЕНИЕ**

Когда родители не могут присматривать за своими детьми, может быть необходимо, чтобы их поместили в другую семью на воспитание или усыновление<sup>30</sup>. Данные говорят о том, что это более желательный вариант, чем помещение в детский дом-интернат. Даже при хорошем физическом уходе и соответствующем количестве стимуляции, численность персонала и скорость его текучести в домах-интернатах затрудняют установление надежных привязанностей детей к одному или двум людям, с которыми у них особенно близкие взаимоотношения. Это привело к тому, что стали снова придавать значение воспитанию в приемной семье и усыновлению, хотя это может быть не всегда осуществимо, особенно для деструктивных подростков. В пользу домов-интернатов не свидетельствуют и случаи, когда обнаруживалось, что молодые люди подвергались насилию тем же самым персоналом, который должен был им помогать.

### **Воспитание в приемной семье**

В Соединенном Королевстве в приемных семьях одновременно воспитывается примерно 60000 детей, т.е. около 1 из 1000 граждан, или около 1 из 250 детей до 18 лет. Так, в типичном районе с населением 250 000, может быть 300 детей в приемных семьях или на попечении местных властей. В более неблагополучных районах эта цифра часто удваивается. В Англии правовую основу для детей, поступающих на попечение местных властей, устанавливает Закон о детях 1989 г.<sup>31</sup>. Термин «на попечении» местных властей означает, что они приобрели власть родителя, если же родитель добровольно отказывается от ухода за своим ребенком, применяется термин «помещенный». Когда местные власти приобретают ответственность родителя, это дает контрольные полномочия, но считается, что у родных родителей все же остается некоторая ответственность за ребенка – это сложная ситуация.

Более половины помещений в приемную семью продолжаются менее 6 месяцев, после этого дети возвращаются к своим родителям, например, если у родителя-одиночки было серьезное somatic or psychological заболевание, а потом ему (или ей) стало лучше. Помимо официальных помещений, осуществляемых местными властями, некоторые люди могут устраивать частные помещения, договариваясь, чтобы их детей воспитывали другие, и в некоторых культурах, например в странах Западной Африки, это весьма обычная мера. Не так давно, из-за нехватки надежных предложений от подходящих приемных воспитателей, был все больший акцент на проведение расширенных семейных конференций, где большое число членов расширенной семьи собирались, чтобы подумать, смогут ли они присматривать за ребенком, если этого не могут родные родители, - так называемая «родственная» приемная семья. У такого помещения может быть то преимущество, что идентичность ребенка сохраняется в пределах семьи, а у присматривающего за ребенком родственника могут быть более глубокие личные обязательства. Однако оно может быть невыгодным, если родственник не сможет предотвратить доступ жесткого или психически больного родного родителя, который, например, приходится ему братом или сестрой. Кроме того, воспитатели-родственники часто считают, что в деле присмотра за детьми, часто настолько трудными, что, например, может потребоваться, чтобы новый воспитатель оставил свою работу или освободил свою спальню, отделы социальных служб поддерживают их меньше, чем профессиональных приемных воспитателей, и это действительно так.

### **Усыновление**

До последних 40 лет, большинство усыновленных детей в Соединенном Королевстве и США были белыми, рожденными от здоровых одиноких матерей, и развивались без каких-либо задержек и тяжелых проблем с психическим здоровьем. Младенцев и малышей было достаточно, чтобы удовлетворить спрос на них. Большинство из них в первые 2 года жизни размещались у состоящих в браке белых приемных родителей, которым очень мало рассказывали о родной семье, и они не сообщались с ней. Теперь, напротив, младенцев недостаточно, чтобы удовлетво-

рить спрос. На усыновление поступают дети разного этнического происхождения, они старше и в большинстве случаев со значительными психиатрическими проблемами или задержками развития. Многие испытали несоответствующее воспитание, не удовлетворявшее их потребности, часто сложные. Тем не менее, в отличие от детей, находящихся в приемных семьях на воспитании, как только процесс усыновления завершен, у местных властей нет родительской ответственности по отношению к ребенку, ответственность за него (или ее) теперь полностью несут новые родители. Иногда это может приводить к прекращению поддержки и обслуживания сразу по завершению формальностей.

В наше время приемный родитель обычно как можно ближе подобран этнически, у него может быть партнер, а может и не быть, и в настоящее время выдвигаются законы, разрешающие усыновлять тем, кто не состоит в браке, а также однополым парам. Из-за нехватки нормально развивающихся маленьких детей, состоялось некоторое количество международных усыновлений в развитые страны из развивающихся. В частности, вследствие плохого состояния сиротских приютов в Румынии, несколько таких детей были усыновлены в Соединенном Королевстве и США, и это дало возможность изучить, как влияет предоставление достаточно хорошей обстановки после первоначальной тяжелой депривации – исследование «Английские румынские приемные дети» было чрезвычайно информативным. Обнаружено, что они хорошо наверстывали интеллектуально, тогда как развитие социальных навыков часто было существенно нарушено, так что в социальных ситуациях дети продолжали казаться довольно необычными, и не могли заводить друзей. Еще одна категория детей, которые могут быть отданы на попечение или усыновлены – это не сопровождаемые беженцы, которые часто приходят из разодраных войной стран, например из Центральной Африки, Балкан или Среднего Востока.

## **Психопатология**

Многие дети, рассматриваемые на предмет воспитания в приемной семье или усыновления, испытали пренебрежение, эмоциональное насилие и были «козлом отпущения». Некоторые подвергались серьезному физическому и сексуальному насилию со стороны родных родителей или других членов семейного круга. У родных родителей вероятна повышенная встречаемость всего спектра психических расстройств, приводящих к тому, что они не могут достаточно хорошо воспитывать своих детей; существенные проблемы включают большие психозы и депрессию, злоупотребление наркотиками, расстройства личности и генерализованную недостаточную обучаемость. Это означает, что дети подвергаются риску эмоциональных и поведенческих нарушений и психических расстройств по генетическим и по средовым причинам, а также из-за взаимодействия этих причин. Часто бывает, что у конкретного ребенка, выставленного на воспитание в приемной семье или усыновление, темперамент более трудный и проблем больше, чем у его (или ее) сиблингов – иногда бывает, что старшие или младшие сиблинги остались в семье, а у данного ребенка были особенно плохие взаимоотношения с родителями, и это привело кному отверганию. Это может быть обусловлено только средовыми причинами около времени рождения, которые приводили к тому, что у родителей меньше возможностейправляться с ребенком, или к тому, что они делают его (или ее) козлом отпущения, но довольно часто и родитель и независимые наблюдатели замечают, что у ребенка с самого начала более трудный темперамент.

Генетические и средовые следствия, вероятно, взаимодействуют, так что дети с более раздражительным темпераментом и генетическими факторами риска могут быть более чувствительны к неблагоприятной среде (см. вставку 29.2). Такая картина может приводить к относительно обнадеживающему «посланию»: несмотря на то, что дети с генетическим риском более уязвимы, если воспитательную среду на соответствующей ранней стадии удастся сделать благоприятной, можно получить непропорционально благотворные результаты в плане улучшения исходов у детей и молодых людей.

Распространенность психических расстройств у детей на попечении местных властей очень высока. В недавнем национальном исследовании в Англии обнаружено, что из всех детей на по-

печении (поэтому сюда включали и краткосрочное воспитание в приемной семье) у целых 50% было психическое расстройство, в сравнении с 10% в общей популяции. Чаще встречаются все психические расстройства. Особенно видна повышенная распространенность расстройств аутистического спектра и СДВГ-подобных синдромов, особенно там, где была тяжелая депривация. Нередки расстройства привязанности, а общие нарушения взаимоотношений привязанности и другие проблемы привязанности встречаются часто.

Долгосрочные исходы плохие - и в смысле наличия психических расстройств, и в смысле психосоциального функционирования. В Англии на экзаменах на сертификат о среднем образовании высшие оценки (A-C) по пяти и более предметам<sup>32</sup> получают только 6% детей, находящихся на попечении местных властей (в сравнении с 45% во всей стране); уровень преступности у них в 5-10 раз выше. С другой стороны, в исследованиях детей, усыновленных раньше, показано лишь незначительное возрастание психических расстройств и хорошие долгосрочные психосоциальные исходы.

## **Оценка**

Оценка психического здоровья должна быть всесторонней. Следует запрашивать информацию у нескольких информантов, например не только у нынешних приемных воспитателей. Важно получить оригиналы записей и любую медицинскую информацию об обоих родных родителях, включая их психиатрические истории, судимости, уровень интеллектуальных достижений и образования, а также наркотическую и алкогольную историю. Совершенно необходим тщательный физический осмотр, так как часто бывают ранее не раскрыты дефекты зрения или слуха, и нередко - синдромы дисморфизма. Тщательная психометрическая оценка совершенно необходима, так как часто встречается недостаточная обучаемость - специфическая и генерализованная. Нужно какое-то время поговорить с самим ребенком или молодым человеком, чтобы составить картину их собственного психического состояния, понимания своей собственной истории, а также их взаимоотношений со своими родными родителями и приемными воспитателями или предполагаемыми усыновителями, и понимания их. В случаях детей на попечении местных властей, важно обеспечить, чтобы при оценке присутствовал социальный работник, и, если возможно, то и заведующий, так чтобы результаты оценки могли быть приведены в действие с пониманием и с учетом возможностей по ведению.

## **Вопросы при решении о размещении**

Наилучшая терапия для ребенка, который не может жить со своими родными родителями - стабильное помещение с любящими фигурами родителей, которые могут удовлетворять потребности детей, предоставляя чуткое и поощряющее воспитание, и обращаются с ними как с кем-то действительно особенным. Из этого следует, что:

- (1) Помещение в заведение с целью «подготовить» особенно проблемного ребенка для последующего постоянного размещения – не такая хорошая идея, хотя это до сих пор иногда практикуется. Это просто продлевает для ребенка или молодого человека период сомнений и препятствует тому, чтобы начать устанавливать надежные и доверительные взаимоотношения;
- (2) Частый контакт с роднымителем, который дает нереалистичные обещания о том, как чудесно будет с ним жить, совершил половое преступление или серьезно жесток, нежелателен и может приводить к продолжающимся нарушениям у ребенка или молодого человека.
- (3) После срыва размещения в приемную семью, помещение ребенка в другую группу приемных воспитателей с тем же уровнем опыта и навыков, а не к профессиональным приемным воспитателям с хорошей системой подстраховки, может привести к дальнейшим срывам.

- (4) Огромные усилия, затраченные на попытки предложить воздействие, направленное на воспитание, крайне жестоким родителям, у которых мало шансов на достаточное улучшение, чтобы удовлетворять потребности своего ребенка, только продлят период стресса и неясности для ребенка; при этом можно потерять критические периоды времени, когда детям для здорового развития требуется систематически испытывать безопасность и любовь.
- (5) Где это возможно, следует способствовать непрерывности школьного размещения и положительных взаимоотношений со сверстниками, и не перемещать ребенка в другой район.
- (6) Помещение ребенка с несколькими деструктивными сиблингами, так чтобы при размещении многочисленных сиблингов они могли оказаться вместе, не показано, если взаимоотношения между сиблингами плохие; такое размещение с высокой вероятностью приводит к дальнейшей деструкции, так как любым родителям очень трудно одновременно взять 3-4 деструктивных детей.
- (7) Помещение ребенка в семью с 2-3 детьми примерно того же возраста, вероятно, приведет к ревности и уменьшит внимание, которое можно уделить вновь размещенному ребенку. С другой стороны, помещение ребенка в семью с хорошо адаптированными старшим ребенком может действовать хорошо, особенно если старший ребенок проявляет заботу и интерес к новому ребенку и дает хороший пример для подражания.

### **Особые вопросы для вовлеченного молодого человека**

Какое бы лечение ни было показано при психических расстройствах, помимо этого может оказаться необходимым заняться еще некоторыми вопросами. Они включают: помочь молодым людям понять, почему их родители не смогли их содержать, особенно если другие сиблинги все еще с ними живут; насколько должны быть разрешены контакты, особенно в тех случаях, когда они разрушительны или мучительны; их разделенная преданность - в смысле того, следует ли им разрешить любить и приемных родителей и родных: на практике это вполне возможно, но может, например, означать подготовку двух наборов карточек ко дню матери. Чтобы помочь молодым людям понять свою идентичность, может понадобиться признать, какие физические и личностные характеристики они унаследовали от своих родных родителей. Даже в тех случаях, когда родные родители были очень жестокими, иметь их фотографию или ближе к восемнадцатилетнему возрасту один раз увидеть их, может быть полезно молодым людям, чтобы понять, откуда они получили свой внешний вид и некоторые манеры.

### **Вопросы и терапевтическая работа с приемными родителями и усыновителями**

В отношении детей на попечении, могут быть конфликты по таким вопросам, как образование, которое может не удовлетворять потребностей ребенка с точки зрения специалистов или приемных родителей. Однако по закону родителем являются местные власти, и социальный работник, замещающий ребенка родителей (*in loco parentis*), может не захотеть оказывать на местные власти давление или подавать на них в суд, поскольку они – его собственные работодатели. Команде по психическому здоровью ребенка может потребоваться много усилий, чтобы побудить местные отделы образования провести соответствующую оценку, и еще больше – чтобы представить соответствующее образование, удовлетворяющее специальные потребности.

Иногда может быть неясно, относиться ли к приемным родителям как к родителям или как к коллегам-специалистам, могут быть вопросы по поводу того, что им открывать. Усыновители могут верить, что «любовь победит все», но постепенно может становиться ясным, что это не так, поскольку ребенка не удается исправить – из-за унаследованных трудностей или из-за неизгладимых рубцов от продолжительного насилия. Это может осложниться тем, что усыновителям не сообщили об истинной тяжести происхождения и заставили их верить, что им следует

быть благодарными за то, что им дали ребенка; и еще больше осложняться, если социальный работник, занимающийся размещением, плохо понимает психопатологию ребенка и возможный долгосрочный прогноз. Усыновителям может быть трудно постепенно полюбить усыновленного ребенка и привязаться к нему или к ней, и им может понадобиться рабочая помощь, чтобы понять, что для образования этих вещей может понадобиться долгое время. Приемным родителям и усыновителям может понадобиться наставление, чтобы помочь им объяснить молодому человеку истинное положение дел в терминах, соответствующих возрасту, и создать для молодого человека сборник историй, чтобы он (или она) мог до конца осмыслить свою идентичность.

Около десяти процентов поздних усыновлений (т.е., ребенку при соединении с семьей больше пяти лет) и более высокая доля поздних помещений в приемную семью на воспитание, «ссыгаются», когда приемные родители и усыновители начинают чувствовать, что они не могут продолжать присматривать за ребенком. Исследования показывают, что в детерминации срыва важны три фактора: недостаток уверенности воспитателя по поводу того, как обращаться с ребенком, наличие значительных проблем с поведением и то, насколько воспитатель и ребенок «подходят» друг другу, т.е. насколько новые родители чувствуют, что ребенок хорошо им подходит и достоин любви. Дети, бывшие в своей родной семье козлами отпущения больше, чем их си-блинги, особенно подвержены срывам при размещении. Программы тренинга родителей предлагают логичный подход к тому, чтобы помочь приемным воспитателям и усыновителям, поскольку показано, что они смягчают две главные причины срыва - уверенность родителя при управлении ребенком и уровень проблем с поведением у ребенка.

### **Специфические вмешательства**

Основанные на поведении тренинги приемного воспитания могут улучшить навыки обращения с детьми у приемных воспитателей и усыновителей, увеличить стабильность размещений, и привести к большему удовлетворению приемных воспитателей и усыновителей. Есть некоторые данные о том, что эти тренинги эффективны. Кроме того, особенно важно обеспечить, чтобы ребенок получил соответствующее образование. Относительно высокая доля детей, находящихся на попечении, не посещают школу и не получают полного дневного образования. Когда они ходят в школу, то оказываемое на школу давление «брать все социальные группы» может предвещать, что их поместят в большой класс, и не будут специально обеспечивать их потребности в специальном обучении, в результате пострадает их самооценка. Помимо воздействия на дефициты ребенка, решающее значение имеет поддержка сильных сторон, будь это, например, отвага в спорте, таком как футбол, развивающиеся увлечения, такие как интерес к животным, пение или что бы то ни было еще. Эти сильные стороны могут стать особенно важными, когда собственное происхождение и личные взаимоотношения ребенка гораздо менее стабильны.

Детям и молодым людям с несколькими сорванными подряд размещениями из-за того, что они показались приемным воспитателям слишком трудными, может быть показано профессиональное воспитание в приемной семье. Существуют разные формы терапевтического приемного воспитания. Одна из наиболее известных - Многомерное лечение в приемной семье - включает выплату хорошей зарплаты приемным воспитателям, которые в качестве работы на полный день берут только одного ребенка. Приемные родители очень внимательно присматривают за ребенком, так что у него нет возможности вовлечься в повреждающие или антисоциальные занятия, такие как прием наркотиков или незащищенный секс. Они беспрестанно поощряют все и вся достижения, близки и отзывчивы с молодым человеком – это, вероятно, является выраженной противоположностью отрицательной обратной связи и критики, которые он по большей части испытывал. Но поскольку социальное одобрение часто менее эффективно у этих молодых людей (у которых все основания не доверять взрослым), им дают также практические вознаграждения в виде баллов. Их на повседневной основе обменивают на такие привилегии, как дополнительный просмотр телевизора, звонки друзьям и другие вознаграждения, мотивирующие данного ребенка. Приемных воспитателей поддерживают ежедневными телефонными звонками и еженедельными встречами с другими приемными воспитателями и специалистами. У молодого

человека отдельный индивидуальный психотерапевт, который работает с родной семьей (даже в тех случаях, когда возвращение домой бесперспективно, есть неизбежные вопросы, которые нужно решать, например, что происходит при встречах и посещениях), и инструктор по навыкам, чтобы помочь молодому человеку научиться соответственно вести себя, находясь в своем районе вне дома. В США доказана эффективность этого подхода при выписке пациентов из психиатрических стационаров и у антисоциальных молодых людей. В Соединенном Королевстве он вводится для молодых людей в приемных семьях, и в этих случаях идут испытания, оценивающие его эффективность.

### **Вопросы при выборе усыновителей**

Выбирать их может быть труднее, чем приемных родителей<sup>33</sup>, поскольку в большинстве случаев никаких данных о воспитательных навыках предполагаемых усыновителей не будет, потому что у них не было возможности иметь детей. Последние исследования позволяют полагать, что если их собственные взгляды на взаимоотношения неразрешившиеся или нереалистичные (как это установлено в Интервью привязанности взрослых, см. главу 28), это предсказывает, что как только дети будут отданы, дела пойдут не так хорошо и вероятность срыва повышена. Важно также установить размер системы поддержки и доверительных отношений, доступных усыновителям, так как размещение неизбежно приведет к значительному напрягу. Нормальные биологические родители убеждаются, что иметь одного ребенка - напряг, и, тем не менее, у усыновителей может не быть шанса научиться «в деле», и возможно, что им дадут двух детей среднего возраста, у которых могут быть значительные проблемы с поведением. И хотя одинокие родители могут стать хорошими приемными родителями и усыновителями, совершенно необходимо, чтобы у них была хорошая, близкая поддержка, так как работа может оказаться очень трудной.

### **Обзоры по теме**

- Rushton A., Minnis H. (2002) Residential and foster family care. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 359-372.  
Scott S., Lindsey C. (2003) Therapeutic approaches in adoption. In: Argent H (ed) Models of Adoption Support London: British Association for Adoption and Fostering pp. 209-240.

### **Дополнительное чтение**

- Department of Health (2001) The Children Act Now: messages from research - studies evaluating the Children Act 1989. London: Her Majesty's Stationery Office  
Hill M. (1999) Signposts in fostering: policy, practice and research issues. London: British Association for Adoption and Fostering  
Meltzer H. et al (2003) The mental health of young people looked after by local authorities in England. London: Office of National Statistics.

## **Глава 39 ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБ**

Представьте, что вы отвечаете за составление плана детской и подростковой службы психического здоровья (ДПСПЗ) вашего района. В зависимости от того, из какой вы страны, вас могут попросить сделать это от имени правительства, учреждения здравоохранения, или международной благотворительной организации. Что вы будете делать? Эта глава не может сообщить вам единственно правильный ответ - отчасти потому что такой ответ зависит от местных обстоятельств, а отчасти потому, что может быть не один правильный ответ, а несколько хороших. Вместо этого, эта глава познакомит вас с некоторыми ключевыми пунктами, которые вам нужно будет принять во внимание, чтобы составить свой план.

### **Зачем вообще планировать?**

Хороший план лучше плохого, но не лучше ли предоставить развитие служб силам рынка? В том, что касается обеспечения потребительскими товарами, экономики свободного рынка, как правило, превосходят плановые экономики, по крайней мере, с точки зрения количества и выбора. Могла бы «невидимая рука» свободного рынка также хорошо устроить службы психического здоровья детей? Для некоторых хорошо информированных и состоятельных семей, свободный рынок может предоставить хорошее обслуживание. Однако для общества в целом, было бы ошибочно предоставить охрану психического здоровья детей свободному рынку без планирования или правительственного участия. Вот некоторые причины этому:

- 1) Семьи хорошо умеют ходить по магазинам за яблоками или обувью, потому что они знают, чего хотят и могут оценить то, что получают. В противоположность этому, как может семья узнать, если подросток становится депрессивным, следует ли им искать психоанализ, когнитивно-поведенческую терапию, травяные лекарства, межличностную терапию, медикаментозное лечение, семейную терапию или вообще ничего? И даже если они действительно знают, как они могут отличить хорошего поставщика от плохого? Недостаточная информация – главное препятствие для эффективной работы рыночных сил. Например, частные больницы могут быть заинтересованы в том, чтобы убедить семьи использовать дорогой стационарный уход, в то время как амбулаторное лечение было бы дешевле и эффективнее.
- 2) За исключением больших городов, у профессиональных поставщиков могут быть местные монополии. Это может приводить к тому, что они будут завышать цену и тем самым подрывать эффективность свободного рынка.
- 3) Частные службы часто неравномерно распределены по стране, концентрируясь в богатых районах, особенно в больших городах. Если полагаться исключительно на силы свободного рынка, некоторые регионы часто останутся существенно недообеспеченными.
- 4) Для семей с низким доходом стоимость продолжительного лечения или госпитализации в стационаре будет непомерно высокой, и даже краткая амбулаторный консультация может быть не по средствам. Поскольку во многих странах бедность - мощный фактор риска детских психиатрических проблем, если полагаться исключительно на свободный рынок, некоторые из наиболее уязвимых детей были бы отрезаны от необходимой им помощи.
- 5) Даже когда родители достаточно состоятельны, чтобы оплатить частную помощь при проблемах с психическим здоровьем у своих детей, они могут предпочесть истратить свои деньги на другие вещи. Некоторые факторы риска детских психических расстройств (такие как недостаток интереса у родителей, или враждебность по отношению к данному ребенку) также уменьшает готовность родителя платить.

- 6) Психическое здоровье - не частное дело. Вас может ограбить или изнасиловать тот, чью антисоциальную карьеру можно было бы предотвратить, если бы только его семье могли бы предоставить тренинг родителей по управлению или мультисистемную терапию. Здравоохранение – это то, что экономисты описывают как «общественное благо»<sup>34</sup>, поскольку пользу извлекает не только человек, получающий охрану здоровья, а есть и более широкая польза для общества в целом. Общественные блага обычно недостаточно обеспечиваются свободным рынком. То же самое часто относится к предупреждению, и даже еще больше.
- 7) «Объединенная» работа здравоохранения, социальных служб и образования часто является важной частью ведения детей с психическими расстройствами, отражая сложные взаимоотношения между проблемами с психическим здоровьем, социальными проблемами и проблемами с обучением. Силы свободного рынка могут скорее способствовать межпрофессиональному и межведомственному соперничеству, а не сотрудничеству.

По этим и другим причинам, ни одно общество не должно исключительно полагаться на «невидимую руку» свободного рынка, чтобы предоставить и разместить обеспечение психического здоровья детей. Чтобы предоставить оптимальную охрану психического здоровья детей, свободный рынок необходимо дополнить или заменить, но это улучшит дело, только если вмешательства хорошо спланированы.

## **Широта охвата**

В пределах здравоохранения, иногда полезно провести различие между традицией, направленной «на пациента» и традицией, направленной «на популяцию». Большинство клиницистов твердо укоренились в традиции, направленной на пациента – они сосредоточены на улучшении здоровья отдельных пациентов, имеющихся налицо для обслуживания. В противоположность этому, традиция, направленная на популяцию, сосредоточена на здоровье популяции в целом, в т.ч. и индивидуумов, не имеющихся налицо для обслуживания. Последняя перспектива «охраны общественного здоровья» часто особенно уместна для планирования. Например, ДПСПЗ может предоставлять превосходное лечение детям с СДВГ, и клиницисты, работающие в службе, могли бы справедливо гордиться тем, как удовлетворены семьи. Однако если в службе не придерживаются также направленной на популяцию точки зрения, они могут, например, не осознавать, что предоставляют эту превосходную службу 100 детям, в то время как эпидемиологические данные говорят о том, что в районе их охвата имеется около 1000 детей с СДВГ. Что происходит с 900 «отсутствующими»? Возможно, все идет хорошо: 600 хорошо ведутся семейными докторами и педиатрами, тогда как остальные 300 семей сделали хорошо информированный выбор не стремиться к лечению. Однако в большей части мира реальность не так удовлетворительна: многих из «отсутствующих» детей считают ленивыми, глупыми или капризными; и даже когда родители и учителя заподозрили СДВГ, они не знают, как добиться, чтобы детей оценили и лечили эксперты. В недавнем британском исследовании проследили большую репрезентативную выборку детей с психическими расстройствами (вставка 3.1). Только четверть этих детей в течение последующих трех лет были приняты специалистами по психическому здоровью, и хотя некоторые из оставшихся были приняты образовательными, социальными или педиатрическими службами, только половина детей с расстройствами получила какую-либо помощь в течение всего трехлетнего периода. Это слишком мало – когда пренебрегают потребностями детей с поддающимися лечению хроническими расстройствами, серьезно подрывающими качество их жизни в настоящем и будущем, этому нет оправданий.

При планировании службы важно стремиться к широте охвата: удовлетворению потребностей в психическом здоровье всех детей в районе обслуживания, независимо от того, используют ли они в настоящее время эти службы, или нет. Не следует исключать детей из-за их пола, национальности, социального класса, физической инвалидности или интеллектуального уровня. Из-за различных препятствий службы могут показаться недоступными или неприемлемыми. Для того

чтобы служба была доступной, семьям и тем, кто может туда направлять, надо знать, что служба существует, им надо знать, что служба предлагает, и им надо иметь возможность туда добраться (поэтому важно как местонахождение, так и доступность общественного транспорта). Доступность больше, когда службы открыты вовне 9-5 часов и когда в них есть детские ясли для сиблиングов. Время ожидания приема не должно быть чрезмерным, необходимо как-то организовать быстрое реагирование на кризисы; некоторые службы стремятся во всех случаях быстро проводить первоначальную оценку, хотя потом для неотложного лечения может быть список ожидания. На приемлемость службы для семей также влияет отношение персонала и физическое состояние здания.

### **Четко определенные границы**

Многие службы предназначены для географически определенных районов охвата. Важно решить, какие расстройства должны иметь отношение к службам психического здоровья в пределах этого района. Например, будут ли привлекать ДПСПЗ к оценке и лечению заикания, ожирения, энуреза или дислексии? Иногда будет давление к тому, чтобы это делать, особенно если для этих детей нет других служб. Если это сделать, то такой ценой, что службе затем, возможно, придется урезать оценку и лечение «ключевых» проблем с психическим здоровьем, таких как нервная анорексия или обсессивно-компульсивное расстройство. Одна из зон разногласий – в какой мере следует привлекать службы психического здоровья для оценки и лечения оппозиционно-вызывающего расстройства и расстройства поведения. Эти расстройства, несомненно, распространены, тяжелы и дорого обходятся обществу и существует доказательное лечение (см. главу 6). Ясно, что эти расстройства требуется идентифицировать и лечить, – вопрос в том, должны ли это делать службы здравоохранения, образования, социальные службы, благотворительный сектор или какое-либо их сочетание. В настоящее время оппозиционно-вызывающее расстройство и расстройство поведения обеспечивают многим ДПСПЗ более половины их работы. Преимущество тут в том, что эти дети получают помощь, которая иначе могла бы быть недоступна; а недостатком может быть относительное пренебрежение другими расстройствами, нуждающимися в службах психического здоровья, которые нельзя получить в службах образования, социальных службах и всех прочих организациях. Некоторые испытывающие сильное давление ДПСПЗ отреагировали тем, что выбросили оппозиционно-вызывающее расстройство и расстройство поведения из своей компетенции, чтобы сосредоточить свои ресурсы на «ключевых» проблемах психического здоровья – разумная реакция, при условии, что кто-нибудь возьмет ответственность за ведение поведенческих проблем.

Возрастные границы также могут быть полезны. В определенный момент детские и подростковые службы уступают место взрослым службам (надо надеяться, что механизмы перехода хорошие). Должен ли этот переход произойти в 14, 16 или 18, или же согласно клиническому решению? Преимущество последнего – то, что незрелого 17-летнего, который все еще ходит в школу, может быть лучше всего наблюдать подростковой службе, тогда как зрелого 16-летнего, покинувшего школу, может быть лучше всего наблюдать взрослой службе. С другой стороны, размытый возрастной предел может затруднить распределение финансирования между службами. У старших тинейджеров больше, чем у маленьких детей, вероятность серьезных психических заболеваний, требующих длительных или повторных госпитализаций, – поэтому распространение службы для 0-15-летних для включения значительного числа 16-18-летних может потенциально удвоить суммарные затраты. Это замечательно, если доступно дополнительное финансирование, но может стать катастрофой, если отвлечет финансирование от лечения тех, кому меньше 16 лет.

### **Бюджеты, справедливые к младшим**

По всему миру значительно больше денег тратится на службы психического здоровья для любого миллиона взрослых из общей популяции, чем на службы психического здоровья для любого

миллиона детей и подростков из общей популяции. В Британии затраты на психическое здоровье на душу населения (*per capita*) у взрослых более, чем в пять раз больше, чем у детей. Это не потому, что у детей редки проблемы психического здоровья – как подчеркнуто в главе 3 и в других местах, проблемы психического здоровья детей встречаются очень часто, и оказывают большое непосредственное и отсроченное влияние. Краткосрочно, эти проблемы приносят страдание детям и могут также возложить значительный стресс на родителей, сиблиングов, учителей и одноклассников. В долгосрочной перспективе, неудачное предотвращение или лечение проблем психического здоровья детей ведет к росту преступности, злоупотребления психоактивными веществами, психических расстройств у взрослых, неудачам в школе, безработице и плохому родительскому воспитанию. Поскольку дети – взрослые будущего, это довод в пользу интенсивных вложений в их психическое здоровье, прежде чем причинен долговременный ущерб. Это, несомненно, сильный довод в пользу того, чтобы прекратить текущее недофинансирование психического здоровья детей и подростков.

Однако в то же время важно помнить, что увеличение расходов на психическое здоровье само по себе не гарантирует улучшение психического здоровья. Покупка большего количества не тех вещей не принесет пользы. Это главный итог проекта Форт Брэг (Fort Bragg), стоившего 80 миллионов долларов и продолжавшегося в течение 5 лет. Проводили сравнительную оценку обычной охраны психического здоровья детей и подростков и более щедро финансируемого варианта, предоставлявшего более интегрированное всеобъемлющее и более доступное обслуживание, при котором клиницистам действительно была дана возможность делать то, что они считали наилучшим, не беспокоясь о затратах. Издержки на один случай примерно удвоились, семьи были более удовлетворены, но заметных изменений в исходах не было: дети и подростки поправлялись с одинаковой частотой, безотносительно к чему-либо. Команда исследователей пришла к заключению, что было преждевременно сосредоточиваться на финансировании и организации службы, не обеспечив прежде, чтобы службы предоставляли эффективное лечение. Больше ненужного вряд ли поможет.

### **Обеспечение высокого качества**

Два оплота качественной службы – тщательная оценка и доказательное лечение. Этим ключевым темам и посвящена остальная часть этой книги. Здесь немногое можно добавить, за исключением того, что доказательная основа того, какие виды действуют, становится все больше, но некоторые ДПСПЗ не спешат их использовать. Когда проверенные виды лечения доступны, нет никакого смысла пренебрегать ими в пользу тех видов лечения, которые оказались в значительной степени или полностью неэффективны, или тех, которые не были должным образом оценены. Это не только расточительно, но и неэтично: лишение детей эффективного лечения краткосрочно приводит к ненужному страданию, а в долгосрочной перспективе может вызвать длительный ущерб. Необходимо установить такие механизмы, чтобы поощрять службы за применение эффективных видов лечения и препятствовать им по-прежнему использовать неэффективные.

### **Представлять хорошее соотношение цены и качества**

Потребности психического здоровья детей обширны, а бюджеты ограничены. И даже если бы распределение денег между службами психического здоровья было бы более справедливым по отношению к детям, вероятно, все же было бы невозможно сделать все. Тем не менее, можно сделать больше и при ограниченном бюджете, когда издержки удерживают низкими, не подрывая качества. Вот некоторые способы предоставить хорошее соотношение цены и качества:

- (1) ***Какая-то помощь бесплатна*** или может быть приобретена по низкой цене самими семьями. Часто целесообразно поощрять семьи использовать книги и сайты Интернета по самопомощи (их, например, можно обнаружить через [www.youthinmind.net](http://www.youthinmind.net)). Некоторые из них пре-

восходны, и при легких проблемах и находчивых родственниках может оказаться, что это все, что требуется. Также могут быть очень полезны телефоны доверия, организации родителей и другие добровольческие организации. Рандомизированные контролируемые испытания указывают на то, что самопомощь с использованием родителями книг и руководств может быть эффективна.

- (2) **Предоставлять помощь в наиболее рентабельной обстановке.** Для того чтобы улучшить психическое здоровье детей, иногда может более целесообразно и экономно предоставлять обслуживание вне специальных учреждений психического здоровья. Например, семьям может быть дешевле и удобнее, если семейные врачи и педиатры будут уметь назначать стимуляторы во всех, кроме самых сложных или резистентных к лечению случаев СДВГ. Сходным образом, если в настоящее время издевательство приводит к тому, что службам психического здоровья детей приходится тратить много времени на лечение вызванных им расстройств, связанных со стрессом, самое дешевым и лучшим решением может быть вложение большего количества средств в программы по уменьшению издевательства, проводимые в школе. Чтобы ускорить работу такого рода, специалисты по психическому здоровью детей могут участвовать в подготовке учителей, педиатров, социальных работников и другие специалистов, или работать рядом с ними в школах, педиатрических клиниках, домах-интернатах и других учреждениях. Однако здесь требуется осторожность, поскольку все больше литературы о том, что для того, чтобы получить существенный терапевтический эффект, важно использовать квалифицированных и хорошо подготовленных психотерапевтов. Новаторских схем для распространения навыков много, но перед тем, как их широко принять, каждую нужно подвергать оценке с точки зрения и цены и эффективности.
- (3) **Оптимизировать смесь навыков.** Продуктивность можно значительно улучшить специализацией и разделением труда. Область действия здесь зависит от размера команды психического здоровья: чем меньше команда, тем меньше места для специализации. Если команда потенциально достаточно большая, чтобы обеспечить специализацию, не делать этого, как правило, будет расточительством. Представьте себе команду, полностью укомплектованную детскими психиатрами – это, почти несомненно, было бы дороже, чем смешанная команда из психиатров и психологов, и к тому же она, возможно, не предоставляла бы психологическую терапию столь же хорошего качества. Обычно врачи – наиболее дорогие члены команды, и их следует использовать расчетливо – для тех вещей, которые они могут делать лучше всего, например, для медицинской оценки, фармакотерапии или интегрированных комплексов фармакотерапии и психологической терапии. Использовать врачей для представления психологической терапии при отсутствии медицинского компонента – редко будет хорошим использованием ресурсов. Сходные соображения относятся и ко всем другим специалистам, включая психологов, медсестер и семейных психотерапевтов: соответственно ли используются их уникальные навыки? Не могла бы некоторая часть их работы быть столь же хорошо (или еще лучше) выполнена кем-либо еще, кто обойдется дешевле? Использовать высококвалифицированный персонал для простых заданий – это, скорее всего, пустая трата денег, которые можно было бы использовать для того, чтобы помочь большему количеству детей. Однако использование недостаточно квалифицированного персонала может равным образом снизить рентабельность и причинить вред детям, если худшее качество лечения подорвет его эффективность. Тем не менее лечить простые случаи менее дорогостоящими сотрудниками с менее обширной подготовкой может быть хорошей идеей, но жизненно важно, чтобы их хорошо контролировали более опытные сотрудники.
- (4) **Подход с приращениями.** Дети с легкими проблемами могут не нуждаться в длительной и сложной оценке и лечении; может быть, краткая оценка и терапия без посторонней помощи – все, что им нужно. Если же простой подход не действует, тогда может быть целесообразно перейти к более детальной мультидисциплинарной оценке и более длительным комплексам лечения. С другой стороны, если тот, кто направил ребенка, с самого начала разъяснит, что у

него (или у нее) сложное и загадочное расстройство, которое потребует мультидисциплинарной оценки, будет напрасной тратой ресурсов проводить первую оценку без посторонней помощи. Гибкий набор возможных вариантов более эффективен, чем подход типа «всем подойдет один размер». Может быть полезна такая иерархия обслуживания:

- (а) Большинству детей с легкими и умеренными проблемами оценка и лечение могут быть предоставлены специалистами по психическому здоровью детей, работающими в школах и первичных учреждениях здравоохранения, без посторонней помощи. Этим специалистам требуется подготовка на широкой основе, позволяющая им предоставлять относительно простые виды лечения для широкого спектра проблем.
- (б) Дети, не поддающиеся простым подходам, могут быть направлены к районным специалистам ДПСПЗ. Также можно направлять непосредственно в ДПСПЗ детей с тяжелыми проблемами. Поскольку обслуживание предоставляется несколькими специалистами, здесь есть место для специализации и гибкой смеси самостоятельной работы без посторонней помощи и работы в команде.
- (в) Еще меньшее количество детей с редкими и трудными для лечения расстройствами принимают высоко специализированные региональные или национальные службы – амбулаторно или как пациентов стационара.

Хороший пример подхода с приращениями - программа родительского воспитания «Тройка Р». Уровень 1 – предоставление универсально значимой информации по воспитанию через телевизионные и радиопрограммы. Уровень 2 состоит из двух 20-минутных консультаций работника первичного звена, пользующегося руководством, чтобы преодолеть изолированные поведенческие проблемы. Уровень 3 включает четыре 40-минутных сеанса, предоставляемых более опытными практиками при более широко распространенных проблемах. Уровень 4 - десятинедельная программа по 2 часа в неделю, проводимая квалифицированным специалистом по психическому здоровью. Те, кто не реагирует на это как следует, переходят на уровень 5, включающий дополнительные восемь более интенсивной работы с семьей.

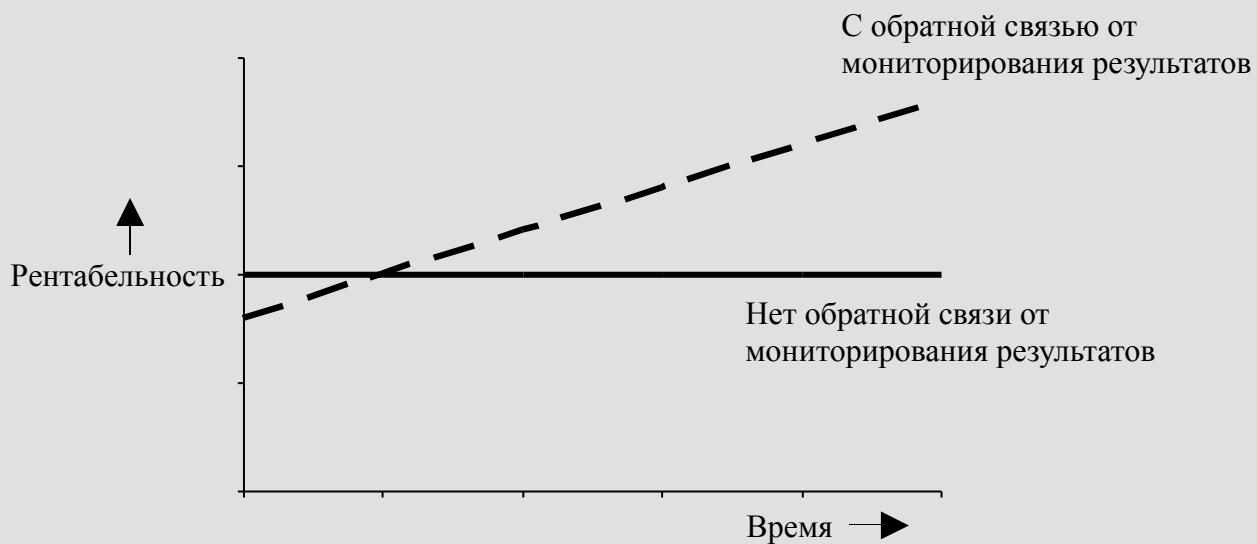
- (5) **Предупреждение или излечение?** Предупреждение – настолько привлекательный вариант, что плановики часто предполагают, что расходовать деньги на предупреждение непременно более ценно, чем расходовать их на излечение. Но это не обязательно верно. Некоторые preventивные подходы не слишком эффективны (см. главу 33). В некоторых случаях, рентабельно вкладывать деньги в предупреждение; в других случаях - лучше вкладывать средства в раннее выявление и эффективное лечение.
- (6) **Трудосберегающие устройства.** Оценка и лечение психического здоровья очень трудоемкие и, вероятно, всегда будут такими. Однако здесь есть место для использования компьютерных технологий, с целью улучшить продуктивность, сохраняя при этом качество. Все большее количество возможных вариантов оценки и лечения с помощью компьютера; общая их цель – в том, чтобы компьютер взял на себя стандартные и повторяющиеся части работы, предоставив специалистам больше свободы для интересных и новаторских частей. Например, компьютерное интервью может задать все стандартные вопросы, и таким образом выявить сферы озабоченности, которые специалисту по психическому здоровью надо исследовать более детально (например, [www.dawba.com/f1.html](http://www.dawba.com/f1.html)). Компьютеры действительно могут выполнять много скучной работы, которую раньше делал низкооплачиваемый младший персонал – и делать это дешевле!
- (7) **Отдавать предпочтение наиболее рентабельному лечению.** Если, несмотря на описанные выше меры, в пределах доступного бюджета все же невозможно удовлетворить все нужды психического здоровья детей, тогда должно быть нормировано обеспечение. Необходимость нормирования все больше признается во всех сферах здравоохранения, поскольку имеется широко распространенное (хотя и не всеобщее) согласие в том, что нужды и потребности непременно должны превосходить имеющиеся для их удовлетворения ресурсы. Если необ-

ходимо нормирование, то одно из решений – сосредоточиться на наиболее рентабельном лечении, поскольку это принесет наибольшую суммарную пользу за имеющиеся деньги. Впрочем, некоторые могли бы возразить, что это не самый справедливый подход к нормированию, поскольку он может приводить к тому, что некоторые пораженные индивидуумы не получат вообще никакого лечения (поскольку у них такие расстройства, единственное лечение которых мало рентабельно); или к тому, что индивидуумы с легкими, но без труда излечимыми расстройствами получат больше лечения, чем индивидуумы с серьезными, но трудными для лечения расстройствами.

### **Встроенное совершенствование**

Важно разработать такие службы, чтобы они могли со временем совершенствоваться. Два ключевых способа сделать это – программы «продолжающегося профессионального развития» для персонала и стандартное мониторирование результатов. Все специалисты должны взять на себя обязательство учиться всю жизнь, а службы должны этому способствовать. Кроме того, службы должны контролировать, насколько детям, которых они лечат, в результате этого становится лучше. Это не должно дорого стоить – часто бывает достаточно стандартных опросников, которые заполняют родители, учителя и молодые люди. Эти отчеты «потребителей» дополняют клинические оценки улучшения и, возможно меньше подвержены искажениям. Посредством стандартного мониторирования результатов службы могут увидеть, кому они помогают больше всего и меньше всего. Это может привести к тому, что они сосредоточат больше своих ресурсов на том, что у них получается лучше всего, но может привести и к тому, что они будут пробовать новые подходы к такого рода проблемам, которые в прошлом не так хорошо поддавались. Так или иначе, но изменение практики в ответ на мониторинг результатов увеличивает вероятность того, что служба в этом году принесет больше пользы, чем в прошлом. Именно эта возможность изменения оправдывает вложение в ограниченных средствах в мониторирование результатов (вставка 39.1). И хотя не мониторируя результаты, служба может краткосрочно сэкономить деньги, которые позволяют ей в силу этого лечить больше детей, в долгосрочной перспективе она потеряет благоприятную возможность усовершенствоваться.

**Вставка 39.1** Регулярное мониторирование результатов увеличивает расходы в краткосрочной перспективе, но в долгосрочной перспективе способствует росту эффективности



## **Дополнительное чтение**

- Audit Commission (1999) Children in Mind: Child and adolescent mental health services. Audit Commission, London.
- Bickman L. Continuum of care: more is not always better. *American Psychologist*, 51, 689-701.
- Goodman R. (1997) Child mental health: who is responsible? An overextended remit. *British Medical Journal*, 314, 813–814.
- Goodman R. (1997) Who needs child psychiatrists? *Child Psychology and Psychiatry Review*, 2, 15–19.
- Sanders M.W. et al. (2003) The triple P-positive parenting program: a universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Review*, 12, 155–171.

## **ЧАСТЬ V ВОПРОСЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМ ВЫБОРОМ И ОТВЕТЫ**

---

### **ВОПРОСЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМ ВЫБОРОМ**

#### **1 Оценка**

1.1 *При психиатрической оценке ребенка:*

- (а) Между сообщениями родителей и самоотчетами детей об эмоциональных симптомах низкий уровень согласия
- (б) Если психиатрические симптомы причиняют ребенку много страданий, но не вызывают социальных нарушений, не следует диагностировать расстройство
- (в) Обычно можно установить причину детских психических расстройств
- (г) При планировании лечения полезно выявить сильные стороны ребенка и семьи
- (д) Объяснения симптомов семьей и специалистами часто сильно различаются

1.2 *Извлекая информацию у родителей:*

- (а) Полностью структурированные интервью дают более детальную картину детских симптомов, чем структурированные интервью
- (б) Опросники могут быть полезным скрининговым устройством
- (в) При полуструктурированных интервью наличие симптомов обычно оценивают согласно критериям интервьюера, а не респондента
- (г) Обычно отца принимают отдельно, чтобы установить его точку зрения на проблему
- (д) История раннего детства не имеет значения при расстройствах подросткового возраста

1.3 *Касательно индивидуальных интервью с детьми:*

- (а) Совершенно необходимо немедленно сосредоточиться на эмоциональных или поведенческих проблемах, иначе дети потеряют интерес
- (б) В направленном расспрашивании детей в возрасте до 10 немного смысла
- (в) Дети редко сами делятся информацией о навязчивостях и компульсиях, пока их прямо об этом не спросят
- (г) Сведения о взаимоотношениях со сверстниками, полученные от детей, могут значительно отличаться от сведений родителей и учителей
- (д) Дети могут бояться, что им сделают укол или госпитализируют в отделение стационара

1.4 *При психиатрической оценке ребенка:*

- (а) Учителя - не очень надежные информанты по поводу деструктивного поведения
- (б) Учителя могут неправильно истолковать специфические проблемы с обучением как гиперактивность
- (в) Всем детям следует полный физический осмотр в т.ч. измерение роста, веса и аусcultацию сердца
- (г) Большая часть синдромов дисморфизма будут проанализированы, если ребенка не осмотреть раздетым
- (д) Ребенку с регрессией и потерей установленных навыков следует пройти неврологическое обследование

## **2 Классификация**

**2.1 Касательно классификации проблем с психическим здоровьем у детей и подростков:**

- (а) Категориальный подход почти без исключений превосходит размерный подход
- (б) Проблемы, возникающие только дома или только в школе, менее вероятно отражают конституциональные факторы, чем проблемы, возникающие в обеих обстановках
- (в) Оппозиционно-вызывающее расстройство категоризируют как эмоциональное расстройство вследствие преобладающего настроения
- (г) Почти все подростковые расстройства соответствуют одной из трех группировок - эмоциональные, деструктивные или расстройства развития
- (д) Современных детских психиатрических схем различают расстройства в значительной степени на том основании, что у них различные признаки и симптомы, а не на том основании, что у них различные причины

**2.2 DSM-IV и МКБ-10 (исследовательская версия):**

- (а) Различаются в некоторых деталях, но в общем подходе сходны
- (б) Включают только те диагностические категории, которые были основаны в эпидемиологических и многомерных исследованиях
- (в) Используют операциональные диагностические критерии
- (г) Включают категории для детей, не соответствующих операциональным критериям
- (д) Часто судят, присутствует ли расстройство или нет на основании уровня страданий или социальных нарушений, а также на основании профиля симптомов

**2.3 В многоосевых схемах DSM-IV и МКБ-10:**

- (а) Поведенческое или эмоциональное расстройство кодируют по первой оси каждой схемы
- (б) Расстройство чтения в МКБ-10 также кодируют по первой оси, а в DSM-IV - нет
- (в) Генерализованную недостаточную обучаемость и расстройство чтения в DSM-IV кодируют по разным осям
- (г) DSM-IV включает отдельную ось для наивысшего уровня преморбидного функционирования
- (д) В обеих схемах имеется ось для текущего уровня социальных нарушений/адаптивного функционирования

**2.4 Факторный и кластерный анализ:**

- (а) Факторный анализ выявляет размерности
- (б) Кластерный анализ классифицирует свойства
- (в) Число кластеров устанавливают по собственному значению
- (г) Элементы, вносящие вклад в одну размерность, плохо коррелируют друг с другом
- (д) Картина кластеров может зависеть от того, какие свойства принимают во внимание

## **3 Эпидемиология**

**3.1 Эпидемиологические исследования детей и подростков в целом показали, что:**

- (а) У 25-40% - психическое расстройство
- (б) Одно из наиболее распространенных детских психических расстройств - аутистические расстройства

- (в) У детей с поведенческими проблемами очень редко бывают также и эмоциональные проблемы
- (г) Большинство детей с психическими расстройствами обращаются к специалистам по психическому здоровью
- (д) За последние десятилетия психосоциальные расстройства стали встречаться реже

3.2 *У девочек чаще, чем у мальчиков встречается нижеследующее:*

- (а) Дневной энурез
- (б) Гиперкинетический синдром
- (в) Задержка речи
- (г) Нервная анорексия
- (д) Завершенный суицид

3.3 *У мальчиков чаще, чем у девочек возникает нижеследующее:*

- (а) Фобия животных
- (б) Отказ от школы
- (в) Передозировки в возрасте тинейджеров (с 13 до 20)
- (г) Элективный мутизм
- (д) Расстройство поведения

3.4 *В подростковом возрасте более вероятно, чем в детском, имеются следующие расстройства:*

- (а) Энурез
- (б) Нервная анорексия
- (в) Депрессия
- (г) Аутизм
- (д) Элективный мутизм

3.5 *Социальному неблагополучию сопутствует гораздо более высокая частота следующего:*

- (а) Прогулы
- (б) Аутизм
- (в) Легкая генерализованная недостаточная обучаемость
- (г) Отказ от школы
- (д) Подростковая делинквентность

## 4 Аутистические расстройства

4.1 *Характерные признаки инфантильного аутизма включают:*

- (а) Повторяющееся и ритуалистическое поведение
- (б) Фобии
- (в) Самоповреждение
- (г) Плохие навыки общения
- (д) Недостаток социального интереса или социальных навыков

4.2 *Среди аутичных детей довольно распространены следующие признаки:*

- (а) Труднее сходиться с взрослыми, чем с другими детьми того же возраста
- (б) Эхолалия

- (в) Безразличие к изменениям обстановки
- (г) Окружность головы больше 97-го перцентиля
- (д) Избегание взгляда

4.3 *Среди аутичных детей и подростков довольно распространены следующие признаки:*

- (а) Галлюцинации
- (б) Махание руками
- (в) Склонность обращаться с людьми как с вещами
- (г) Начинающиеся в подростковом возрасте припадки
- (д) Чрезмерная активность и плохое внимание

4.4 *Младенческий аутизм:*

- (а) Известен также как синдром Аспергера
- (б) Никогда не затрагивает поведение до 6-месячного возраста
- (в) Долингвистическая шизофрения
- (г) Всегда начинается до 28 месяцев
- (д) После периода нормального развития может возникать потеря речи

4.5 *При оценке предположительно аутичного ребенка, важно принять во внимание следующие дифференциальные диагнозы:*

- (а) Тревога в связи с разлукой
- (б) Синдром Ретта
- (в) Генерализованная недостаточная обучаемость
- (г) Дислексия
- (д) Дисфазия развития (задержка речи)

4.6 *Младенческий аутизм:*

- (а) В равной степени поражает лиц мужского и женского пола
- (б) Поражает примерно 4-6 детей на 1000
- (в) Обычно у родителей высокое социально-экономическое положение
- (г) Часто вызван холодными матерями, которым не удается установить нормальные связи
- (д) Поражает 25% полных сиблиングов.

4.7 *Прогноз аутизма хуже, если:*

- (а) IQ менее 60
- (б) Имеется неуклюжесть
- (в) Ребенок мужского пола
- (г) В 5 лет отсутствует полезная речь
- (д) Картина ритуалов со временем меняется

4.8 *Примерно половина аутичных индивидуумов:*

- (а) Никогда не приобретают полезную речь
- (б) Умирают до 30 лет
- (в) Теряют когнитивные навыки в позднем подростковом возрасте
- (г) Никогда не вступают в брак или не имеют оплачиваемой работы
- (д) Во взрослой жизни остаются заметно отчужденными

4.9 *Обычные когнитивные данные аутичных детей включают следующее:*

- (а) Верbalный IQ гораздо ниже, чем IQ деятельности
- (б) Потеря ранее приобретенных навыков между 3 и 10 годами
- (в) Низкие способности в большинстве сфер перемежаются островками нормальных или пре- восходных способностей
- (г) Избирательная агнозия звуков высокой частоты
- (д) Дефект в «Теории разума»

4.10 *При синдроме Аспергера обычно следующее:*

- (а) Ограниченные интересы
- (б) Грациозность
- (в) Высокопарная речь
- (г) Социальное понимание нарушено
- (д) Выраженная задержка речи в дошкольном возрасте

## 5 Гиперактивность (Гиперкинез/СДВГ)

5.1 *Гиперактивность:*

- (а) Обычная жалоба родителей на своих детей
- (б) Встречается главным образом у детей из среднего класса общества
- (в) Поражает одинаковое число мальчиков и девочек
- (г) В Соединенном Королевстве диагностируется чаще, чем в США
- (д) Обычно впервые диагностируется в возрастном промежутке от 5 до 11 лет

5.2 *Характерные признаки гиперактивности включают:*

- (а) Короткий интервал внимания
- (б) Махание руками и другие манерности
- (в) Ерзание
- (г) Приподнятое настроение
- (д) Недостаток избирательной привязанности к родителям

5.3 *Характерные признаки гиперактивности включают:*

- (а) Отвлекаемость
- (б) Импульсивность
- (в) Вставание и блуждание вокруг, когда требуется сидеть тихо
- (г) Внезапные, повторяющиеся, стереотипные, бесполезные движения
- (д) Выкрикивает в классе и не дожидается своей очереди в игре

5.4 *Следующие признаки подвергают диагноз гиперактивности серьезному сомнению:*

- (а) О симптомах сообщают родители, но не учитель ребенка
- (б) Начало в возрасте 12 лет
- (в) Хорошее поведение на протяжении 15-минутного обследования психического состояния
- (г) Ночью беспробудно спит
- (д) После того, как поест томаты, апельсины или некоторые другие естественные пищевые продукты, симптомы ухудшаются

**5.5 Гиперактивные дети вероятно:**

- (а) Выше среднего интеллекта
- (б) Непослушны дома и/или деструктивны в классе
- (в) Популярны у одноклассников
- (г) В школе учатся ниже своих возможностей
- (д) Фамильярны или расторможены с незнакомыми взрослыми

**5.6 Гиперактивность:**

- (а) Обычно связана с историей родительского пренебрежения
- (б) Обычно связана с доказуемым повреждением мозга
- (в) Чаще бывает у лиц с эпилепсией
- (г) Связана с другими расстройствами развития, например, с задержкой речи, неуклюжестью
- (д) Чаще встречается у детей, с младенчества выращенных в учреждениях

**5.7 Естественная история гиперактивности:**

- (а) Гиперактивные дети часто бывают чрезмерно активны и невнимательны, начиная с возраста ходунков-ползунков
- (б) Симптомы могут не вызывать озабоченности до поступления в школу
- (в) Чрезмерная активность и невнимательность обычно начинают причинять меньше неприятности в возрасте тинейджеров (с 13 до 20)
- (г) Значимое меньшинство остается беспокойными и невнимательными во взрослом возрасте
- (д) У гиперактивных детей повышен риск преступности и злоупотребления психоактивными веществами во взрослой жизни

**5.8 Лечение гиперактивности:**

- (а) Гиперактивность - хорошая мишень для психодинамической психотерапии
- (б) Гиперактивных детей лучше всего помещать в деятельную обстановку классной комнаты, потому что повышенное возбуждение улучшает внимание
- (в) Барбитураты противопоказаны
- (г) Обычно полезно исключение из диеты искусственных добавок
- (д) При лечении гиперактивности продемонстрирована ценность имипрамина

**5.9 Признанные побочные эффекты при лечении 6-10-летних детей стимуляторами включают:**

- (а) Пристрастие
- (б) Повторяющиеся действия или стереотипии
- (в) Замедление роста
- (г) Парадоксальное нарастание аппетита и сна
- (д) Тики

**6 Расстройство поведения**

**6.1 Расстройства поведения:**

- (а) До 7-летнего возраста чаще встречаются у девочек, чем у мальчиков
- (б) Чаще встречаются в старой части городов
- (в) Обычно ограничиваются одной ситуацией, например, в школе, но не дома, или наоборот

- (г) Одно из наиболее распространенных детских психических расстройств
- (д) Обычно более преходящи, чем эмоциональные расстройства

6.2 *Риск расстройства поведения увеличивают следующие факторы у ребенка:*

- (а) Гиперактивность
- (б) IQ менее 70
- (в) Специфическое расстройство чтения
- (г) Эпилепсия
- (д) «Трудный» темперамент в младенчестве

6.3 *Риск расстройства поведения увеличивают следующие семейные факторы:*

- (а) Супружеские разногласия или разрыв
- (б) Высокие родительские ожидания
- (в) Психическое заболевание родителя
- (г) Перенаселенность и бедность
- (д) Выход матери на работу

6.4 *Риск расстройства поведения увеличивают следующие семейные факторы:*

- (а) Чрезмерная материнская опека
- (б) Строгие домашние правила и плотный надзор
- (в) Родительская преступность
- (г) Большой размер семьи
- (д) Пожилые родители

6.5 *Характерные признаки оппозиционно-вызывающего расстройства:*

- (а) Повторные кражи из магазинов
- (б) Частый отказ подчиняться требованиям взрослых
- (в) Частые вспышки гнева
- (г) Часто нарочно досаждает другим
- (д) Устойчивые прогулы

6.6 *8-летний мальчик упорно крадет из дома. Правдоподобны следующие формулировки:*

- (а) Он пополняет недостаток карманных денег, так как получает меньше своих друзей
- (б) Кражи - составляющая реакции горя после недавней тяжелой утраты
- (в) Ему нужны наличные деньги, чтобы заплатить обидчикам в школе за «защиту»
- (г) Он чувствует жажду любви и крадет для утешения
- (д) У него SRMR (специфическая отсталость моральных рассуждений) и не различает, что хорошо, а что плохо.

6.7 *Прогноз расстройств поведения в детском возрасте ухудшают следующие признаки:*

- (а) Более разнообразные поведенческие симптомы
- (б) Плохие взаимоотношения со сверстниками
- (в) Сопутствующая гиперактивность
- (г) Проблема заметна только в одной обстановке, например, в школе
- (д) Позднее начало

#### *6.8 Расстройство поведения:*

- (а) Почти у всех молодых взрослых правонарушителей в детстве было расстройство поведения
- (б) Большинство детей с расстройством поведения становятся молодыми взрослыми правонарушителями
- (в) В детстве расстройство поведения чаще связано с тревогой, чем с депрессией
- (г) Дети с расстройством поведения с особенной вероятностью неверно интерпретируют действия других детей как враждебные
- (д) Расстройство поведения увеличивает риск депрессии во взрослой жизни, особенно у лиц женского пола

#### *6.9 Прогулы:*

- (а) Прогуливающие дети, вероятно, находятся дома, когда их нет в школе
- (б) Признанная причина - тяжелая депрессия
- (в) Прогулам сопутствует расстройство поведения и делинквентность
- (г) У большинства прогульщиков способности к учебе ниже среднего
- (д) Прогулы - самая распространенная причина отсутствия в школе во всех возрастах

### **7 Подростковая делинквентность**

#### *7.1 Подростковая делинквентность:*

- (а) Насильственные преступления достигают пика в позднем отрочестве, а затем на протяжении взрослой жизни снижаются
- (б) Большая часть подростковой делинквентности включает преступления против собственности, а не против людей
- (в) Все типы преступлений несовершеннолетних чаще встречаются у лиц мужского пола
- (г) Молодые люди из среднего класса общества по данным судимостей менее делинквентны, но согласно самоотчетам это не так.
- (д) В равной степени обнищающие районы по уровню делинквентности могут заметно различаться

#### *7.2 Подростковая делинквентность:*

- (а) Обычно ведет к преступности взрослых
- (б) Сопровождается преступностью родителей и сиблиングов
- (в) Почти всегда связана с явным психическим расстройством
- (г) Высоко наследуема
- (д) Обычное последствие энцефалита

#### *7.3 Подростковой делинквентности сопутствует:*

- (а) Интеллект ниже среднего
- (б) Характерные аномалии ЭЭГ
- (в) Проблемное поведение в школу с раннего возраста
- (г) Черствость
- (д) Плохие взаимоотношения со сверстниками

7.4 Подростковой делинквентности сопутствуют следующие семейные факторы:

- (а) Бедность
- (б) Наличие старших братьев
- (в) Высокие родительские ожидания
- (г) Неустойчивая или непоследовательная дисциплина
- (д) Критическое и холодное воспитание

## 8 Отказ от школы

8.1 *Отказ от школы:*

- (а) Чаще встречается в 14 лет, чем в 10
- (б) Больше поражает девочек, чем мальчиков
- (в) Наиболее распространенное предъявление эмоционального расстройства в детском возрасте
- (г) Сопровождается низким социально-экономическим статусом
- (д) Связан с большим размером семьи

8.2 *Отказ от школы:*

- (а) Обычно начинается в конце мая (перед экзаменами)
- (б) Чаще встречаются у мальчиков
- (в) Часто может быть установлен кристаллизующий фактор
- (г) Обычно бывает неудача в учебе
- (д) Самая распространенная причина непосещения школы у подростков

8.3 *При отказе от школы:*

- (а) Школьные факторы неважны
- (б) В его основе редко лежит такая причина, как депрессия
- (в) Избыточно распространены жалобы на боли в животе
- (г) У ребенка часто страх покидать дом, а не идти в школу
- (д) Ребенок может бояться других детей

8.4 *Отказ от школы:*

- (а) Родители часто принимают чрезмерное эмоциональное участие в ребенке
- (б) Сопровождается строгой дисциплиной дома
- (в) У ребенка обычно гиперкинез
- (г) Часто связан с делинквентностью
- (д) Часто отражает мнение семьи, что школьное обучение неважно

8.5 *Отказ от школы:*

- (а) У 8-летнего может быть проявлением тревоги в связи с разлукой
- (б) У 15-летнего может быть проявлением депрессии
- (в) Может предъявляться как головная боль
- (г) У 10-летнего вероятно связан с кражей у матери
- (д) У 14-летнего обычно предвестник агорафобии во взрослой жизни

**8.6 При лечении отказа от школы:**

- (а) Как правило, противопоказано быстрое возвращение в школу
- (б) В некоторых случаях требуется стационарное лечение
- (в) Часто необходима смена школы
- (г) Трициклические антидепрессанты часто ускоряют возвращение в школу
- (д) Обычно полезная промежуточная мера - домашнее обучение

**8.7 Отказ от школы:**

- (а) При лечении более половины возвращаются к полному посещению школы
- (б) Возвращение в школу более вероятно у младших детей
- (в) Без лечения часто превращается в прогулки
- (г) Во взрослой жизни за ним обычно следует устойчивое невротическое расстройство
- (д) Часто ведет к отказу от работы на протяжении жизни

**9 Тревожные расстройства**

**9.1 Тревожные расстройства в детстве:**

- (а) Среди наиболее распространенных видов детских психических расстройств
- (б) Обычно возникают вместе с депрессивными расстройствами
- (в) Обычно возникают вместе с расстройствами привязанности
- (г) Обычно возникают вместе с расстройствами чтения
- (д) Возникают чаще, если у родителей тревожные расстройства

**9.2 Тревожное расстройство в связи с разлукой:**

- (а) Главным образом расстройство дошкольников
- (б) Обычная причина отказа от школы
- (в) Как правило, включает нежелание говорить кроме как дома
- (г) Могут помочь трициклические антидепрессанты
- (д) Часто приводит к агорафобии во взрослой жизни

**9.3 Генерализованное тревожное расстройство:**

- (а) После полового созревания встречается реже
- (б) Включает широкий круг беспокойств о прошлом, настоящем и будущем
- (в) Часто приводит к соматическим жалобам
- (г) Обычно возникает вместе с другими тревожными или депрессивными расстройствами
- (д) Целесообразно лечить когнитивной терапией

**9.4 Специфические фобии:**

- (а) Могут быть диагностированы, только если ребенок признает, что страх иррациональный
- (б) Могут быть диагностированы, только если пугающий стимул либо избегают, либо выдерживают с интенсивными страданиями
- (в) В равной степени распространены у мальчиков и у девочек
- (г) Целесообразно лечить поведенческими или когнитивными методами
- (д) Обычно следуют за травмирующим событием и разрешаются в пределах шесть месяцев

## **10 Депрессия и мания**

### *10.1 Депрессивные расстройства в детском и подростковом возрасте:*

- (а) Более вероятно, чем их взрослые аналоги включают нарушения сна и аппетита
- (б) Менее вероятно, чем их взрослые аналоги включают чувство вины и безнадежности
- (в) Обычная причина отказа от школы
- (г) Обычная причина энуреза
- (д) Более тесно связаны со школьными переходами, чем с уровнем полового созревания

### *10.2 Депрессивные расстройства в детском и подростковом возрасте:*

- (а) Присутствуют примерно у 8% 10-летних
- (б) Присутствуют примерно у 20% 15-летних
- (в) Продемонстрирована роль психологической терапии
- (г) Продемонстрирована роль трициклических антидепрессантов
- (д) Обычно прекращается в течение 6 месяцев и редко повторяется

### *10.3 Мания в детском и подростковом возрасте:*

- (а) После полового созревания становится гораздо более распространенной
- (б) У детей до пубертатного возраста обычно хроническая, а не эпизодическая
- (в) Редко бывает в начале биполярного расстройства - обычно первой идет депрессия
- (г) Часто сопровождается галлюцинациями или бредом «первого ранга»
- (д) Ее не следует лечить нейролептиками

## **11 Суицид и умышленное самоповреждение**

### *11.1 Завершенный суицид у детей и подростков:*

- (а) Почти неизвестно до 10 лет
- (б) Чаще встречается у лиц женского пола
- (в) Самоотравление более типично для мужских суицидов, чем для женских
- (г) Чаще встречается в странах, где легко доступно огнестрельное оружие
- (д) Частота систематически падала на протяжении десятилетий, а теперь снова растет

### *11.2 Риск завершенного суицида в детском и подростковом возрасте повышен, если:*

- (а) У индивидуума деструктивное поведенческое расстройство
- (б) У членов семьи депрессия и другие эмоциональные проблемы
- (в) У членов семьи проблемы с алкоголем или злоупотреблением наркотиками
- (г) Был дисциплинарный кризис
- (д) Индивидуум говорил о самоубийстве

### *11.3 Умышленное самоповреждение (суициdalная попытка) у детей и подростков:*

- (а) Встречается примерно в 14 раз чаще, чем завершенный суицид
- (б) Теперь встречается гораздо чаще, чем 50 лет назад
- (в) У большинства текущее или недавнее психическое расстройство
- (г) Менее чем у 5% предшествующая история самоповреждения
- (д) Обычно планируется между 6 и 24 часами

11.4 *Вероятность умышленного самоповреждения (суициdalной попытки) у детей и подростков увеличиваюt:*

- (а) История физического или сексуального насилия
- (б) Помещение в детский дом
- (в) Легкий доступ к лекарственным препаратам
- (г) Проблемы в школе или на работе
- (д) Недавние сообщения о суициdalных попытках в средствах информации

11.5 *Прогноз умышленного самоповреждения (суициdalной попытки) у детей и подростков:*

- (а) Примерно 10% повредят себя снова в течение года
- (б) Обширная психопатология в семье увеличивает вероятность повторения
- (в) Психическое расстройство увеличивает вероятность повторения
- (г) Повторение более вероятно у лиц женского пола
- (д) Примерно 5%, в конечном счете, убьют себя

## 12 Реакции на стресс

12.1 *Горе в детстве:*

- (а) Первоначальная кризисная реакция часто включает не явные страдания, а эмоциональное оцепенение
- (б) Могут быть выражены гнев и обида
- (в) Чувства безнадежности, никчемности и вины редки, если только тяжелая потеря не спровоцировала депрессивное расстройство
- (г) Дети очень быстро образуют новые привязанности, чтобы возместить потерю ключевых фигур привязанности
- (д) Продвижение через стадии горя не является необратимым - дети могут двигаться как вперед, так и назад

12.2 *Посттравматическое стрессовое расстройство может быть инициировано:*

- (а) Медицинскими процедурами
- (б) Сексуальным насилием
- (в) Угрожающими жизни травмами или заболеваниями
- (г) Отверганием друзьями
- (д) Свидетельствованием, как один родитель атакует другого

12.3 *Характерные признаки посттравматического стрессового расстройства:*

- (а) Плохая концентрация внимания
- (б) Потеря аппетита
- (в) Повторяющееся проигрывание травмы в игре
- (г) Неспособность вспомнить важный аспект травмы
- (д) Неразборчивое дружелюбие

12.4 *Характерные признаки посттравматического стрессового расстройства:*

- (а) Чрезмерная стартл-реакция
- (б) Страдание при напоминании
- (в) Энурез

- (г) Деструктивность
- (д) Навязчивые образы

## **13 Обсессивно-компульсивное расстройство**

13.1 *Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) детского возраста:*

- (а) Поражает лиц женского пола, больше, чем мужского
- (б) Включает симптомы, очень сходные с ОКР у взрослых
- (в) Может не включать сопротивление обсессиям и компульсиям
- (г) Часто сопровождается тревожными или депрессивными расстройствами
- (д) Имелось у 70% взрослых с ОКР

13.2 *Причинность обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) детского возраста:*

- (а) ОКР может быть частью врожденного кокаинового синдрома
- (б) Семейные исследования позволяют полагать, что ОКР генетически связано с синдромом Туретта
- (в) Исследования цереброспинальной жидкости позволяют полагать, что ОКР сопутствует гиперсекреция мелатонина
- (г) Сканирующие исследования позволяют полагать, что ОКР включает патологию теменной доли
- (д) ОКР может последовать за острой стрептококковой инфекцией

13.3 *При обсессивно-компульсивном расстройстве детского возраста обычно полезно следующее лечение:*

- (а) Психодинамическая психотерапия
- (б) Парадоксальное предписание
- (в) Предотвращение реакции
- (г) Кломипрамин
- (д) Фенфлюрамин

## **14 Синдром Туретта и другие тикозные расстройства**

14.1 *Тики:*

- (а) Внезапные, частые, стереотипные и бесполезные
- (б) Им может предшествовать предваряющий позыв
- (в) Могут принимать форму сложных моторных действий
- (г) Во сне редуцированы или отсутствуют
- (д) Поражают более 1% детей в какое-либо время жизни

14.2 *Тики:*

- (а) Могут принимать форму сопения, хрюканья или слов
- (б) Обычно начинаются к 4 годам
- (в) Обычно могут быть временно подавлены усилием воли
- (г) Как правило, ухудшаются при стрессе
- (д) Редко присутствуют когда индивидуум один и расслаблен

14.3 *При синдроме Туретта:*

- (а) Распространенность менее 1 на 10 000
- (б) Лица мужского пола сильно превосходят численностью лица женского пола
- (в) Голосовые тики обычно появляются перед моторными тиками
- (г) Более чем у 80% встречается копролалия
- (д) Часто встречается эпилепсия

14.4 *При синдроме Туретта:*

- (а) Примерно у 30% пораженных индивидуумов генерализованная недостаточная обучаемость
- (б) Часто встречаются невнимательность и гиперактивность
- (в) У большинства имеются очаговые неврологические симптомы
- (г) Часто встречаются обсессивно-компульсивные симптомы
- (д) Обычно симптомы прогрессивно ухудшаются на протяжении взрослой жизни

14.5 *При синдроме Туретта:*

- (а) Семейная история шизофрении встречается чаще, чем ожидается случайно
- (б) Семейная история обсессивно-компульсивного расстройства встречается чаще, чем ожидается случайно
- (в) Признанное лечение тиков - нейролептики
- (г) Признанное лечение тиков - стимуляторы
- (д) Признанное лечение тиков - имипрамин

## 15 Элективный мутизм

15.1 *Элективный мутизм чаще встречается у:*

- (а) Лиц мужского пола
- (б) Единственных детей
- (в) Детей с интеллектом ниже среднего
- (г) Детей из хаотичных или социально неблагополучных семей
- (д) Детей с артикуляционными трудностями

15.2 *Элективный мутизм:*

- (а) Поражает менее 0,1% 6-10-летних.
- (б) Ребенок может говорить в школе, но не дома
- (в) Дети часто также соответствуют диагностическим критериям тревожных расстройств
- (г) Обычно начинается внезапно, часто после явного стресса
- (д) Если не разрешится в пределах 12 месяцев, часто длится более 5 лет

## 16 Расстройства привязанности

16.1 *Расстройства привязанности:*

- (а) Одно из немногих расстройств, которые могут быть диагностированы у младенца 6 месяцев
- (б) Может начаться в позднем детстве, если ребенок осиротел
- (в) Обычно включают отсутствие воображаемой игры

- (г) Могут быть ограничены серьезно испорченными взаимоотношениями с ключевым воспитателем
- (д) Распространенные последствия длительных разлук матери с младенцем в неонатальном периоде

16.2 *Дети с реактивным расстройством привязанности (ингибионного типа) обычно проявляют:*

- (а) Прилипчивость в младенчестве
- (б) Недостаток эмоциональной отзывчивости
- (в) Амбивалентность к воспитателям
- (г) Печаль
- (д) Готовность обращаться к относительно незнакомым взрослым за утешением, когда расстроены

16.3 *Дети с расторможенным расстройством привязанности обычно проявляют:*

- (а) Стремление привлечь внимание
- (б) Сверхбдительность
- (в) Сниженная потребность во сне
- (г) Неразборчивое дружелюбие
- (д) Агрессию в ответ на страдания другого человека

## 17 Энурез

17.1 *Эпидемиология энуреза:*

- (а) Ночной энурез в возрасте 5 лет встречается примерно одинаково часто у лиц мужского пола и женского пола
- (б) Ночной энурез в возрасте 7 лет чаще встречается у лиц мужского пола, чем у лиц женского пола
- (в) Дневной энурез в возрасте 9 лет чаще встречается у лиц мужского пола, чем у лиц женского пола
- (г) Мочатся в постель, по меньшей мере, раз в неделю около 10% 5-летних или более
- (д) У большинства детей, которые мочатся в постель, к 9 годам, бывает, по меньшей мере, одна длительная ремиссия, когда они остаются сухими каждую ночь

17.2 *У школьников с ночным энурезом:*

- (а) Вероятна семейная история: энурез у родственника первой степени
- (б) Часто структурные аномалии мочевых путей
- (в) Всегда задержка созревания
- (г) Риск бессимптомных инфекций мочевых путей существенно выше, чем у других детей
- (д) Обычно эпилепсия или эпилептиформные разряды на ЭЭГ

17.3 *Ночной энурез более вероятен:*

- (а) У детей, которые подверглись стрессу в возрасте до 4 лет
- (б) Во время БДГ сна
- (в) У детей, испытавших жесткое приучение к туалету
- (г) У детей, которые особенно глубоко спят
- (д) Когда приучение к туалету было начато после 24 месяцев

17.4 *Психиатрические корреляты энуреза:*

- (а) Энурез обычно входит в состав более широкого психиатрического синдрома
- (б) Энурез обычно связан с эмоциональными симптомами, а не с поведенческими проблемами
- (в) Психиатрические симптомы более вероятны, если ребенок мочится днем, а не только ночью
- (г) Психиатрические симптомы встречаются чаще, если энурез первичный, а не вторичный
- (д) Дети, у которых энурез разрешился, больше не подвержены повышенному психиатрическому риску

17.5 *Оценка 9-летней девочки с ночным энурезом должна включать:*

- (а) Гинекологическое обследование
- (б) ЭЭГ
- (в) Цистометрию
- (г) Анализ мочи
- (д) Цистограмму во время мочеиспускания

17.6 *Какое из следующих видов лечения снижает частоту обмачивания постели:*

- (а) Трициклические антидепрессанты
- (б) Медикаментозное лечение стимуляторами
- (в) Десмопрессин
- (г) Антихолинергическое медикаментозное лечение
- (д) Карbamазепин

17.7 *Что из следующего при правильном применении в течение трех месяцев, обычно приводит к длительному излечению от обмачивания постели:*

- (а) Амитриптилин
- (б) Ограничение жидкости по вечерам
- (в) Будильник от энуреза
- (г) Бужение ребенка, чтобы сходить в туалет, после пары часов сна
- (д) Синтетический антидиуретический гормон

17.8 *Ночной энурез более вероятно будет продолжаться у детей:*

- (а) Женского пола
- (б) Которые раньше никогда не были сухими, по меньшей мере, шесть месяцев
- (в) С положительной семейной историей энуреза
- (г) Растущих в бедности
- (д) Которые мочатся в постель каждую ночь, а не несколько ночей в неделю

## 18 Фекальное загрязнение

18.1 *Фекальное задержание:*

- (а) Надежный контроль над кишечником в норме – к возрасту 18 месяцев
- (б) Загрязнение один раз в месяц и более поражает примерно 5% 4-летних
- (в) Загрязнение один раз в месяц и более поражает примерно 5% 7-летних
- (г) Загрязнение один раз в месяц и более поражает более 1% 11-летних
- (д) Загрязнение гораздо чаще поражает мальчиков, чем девочек

18.2 *Признанные причины фекального загрязнения включают:*

- (а) Несоответствующее приучение к туалету
- (б) Диета с высоким содержанием клетчатки
- (в) Генерализованная недостаточная обучаемость
- (г) Сексуальное насилие
- (д) Скрытая агрессия по отношению к семье

18.3 *Признанные причины фекального загрязнения включают:*

- (а) Запор
- (б) Страх туалета
- (в) Семейная фиксация на привычках опорожнения кишечника
- (г) Заболевания центральной нервной системы
- (д) Глистная инвазия кишечника

18.4 *Детям с фекальным загрязнением часто требуется:*

- (а) Слабительные
- (б) Промывания кишечника
- (в) Имипрамин
- (г) Поведенческие программы
- (д) Стационарное лечение

18.5 *Прогноз хуже, когда фекальное загрязнение:*

- (а) Встречается у девочек
- (б) Сопровождается гиперактивностью
- (в) Встречается в течение дня, а не во сне
- (г) Сопровождается другими проблемами развития
- (д) Сопровождается социальными или школьными проблемами

## 19 Расстройства сна

19.1 *Расстройство суточного цикла сна-бодрствования.*

- (а) Синдром опережения фазы сна (засыпать рано, просыпаться рано) часто обусловлен тем, что детей слишком рано посыпают в постель
- (б) Синдром опережения фазы сна обычно меняется на противоположный с помощью 5-дневного курса мелатонина по вечерам
- (в) Синдром задержки фазы сна (засыпать поздно, просыпаться поздно) часто предъявляется ухудшением школьных показателей
- (г) Если фаза сна задержана на 2 часа, лечение включает позволение индивидуумам несколько дней спать так долго, как им нужно, перед постепенным сдвиганием времени подъема на более раннее
- (д) Если фаза сна задержана на 6 часов, часто легче задержать цикл еще на 18 часов, чем сдвинуть его вперед на 6 часов

19.2 *Обструктивное апноэ во сне*

- (а) Поражает около 15% детей
- (б) Может приводить к дневной гиперактивности

- (в) Чаще встречается при синдроме Дауна
- (г) Более 80% пораженных детей тучные
- (д) Обычно обусловлено увеличенными миндалинами и аденоидами

19.3 *Следующее увеличивает вероятность того, что ребенок переживает неочные кошмары, а повторяющиеся ночные ужасы:*

- (а) Приступы возникают в течение БДГ (с быстрыми движениями глаз) сна
- (б) Приступы обычно возникают в пределах часа или двух после первого засыпания
- (в) После приступа ребенок укладывается снова спать без пробуждения
- (г) В течение приступа ребенок вылезает из постели и носится повсюду в ажитированном состоянии
- (д) Ободрение и утешение родителя помогает

19.4 *Нарколепсия:*

- (а) Поражает, по меньшей мере, 1 из 1000 детей
- (б) Включает элементы не-БДГ сна, внедряющиеся в бодрствование
- (в) Классически включает тетраду: приступы сна, катаплексия, снохождение и галлюцинации
- (г) При лечении приступов сна может быть полезен метилфенидат
- (д) При лечении катаплексии могут быть полезны трициклические антидепрессанты

## 20 Психосоматика

20.1 *Психосоматические проблемы у детей более вероятны:*

- (а) В семьях, которые приписывают симптомы средовым или психологическим факторам
- (б) Среди добросовестных, чувствительных и неуверенных детей
- (в) Когда дети подвергались издевательству
- (г) Когда у родственников соматические симптомы
- (д) После органического заболевания

20.2 *Рецидивирующие боли в животе в детстве:*

- (а) Поражают около 3-5% детей
- (б) Достигают пика в возрасте 10-12 лет
- (в) Примерно в 40% случаев имеют идентифицируемую органическую причину
- (г) Обычно сохраняются во взрослой жизни
- (д) Обычно вторичны по отношению к нераскрытым сексуальному насилию

20.3 *У детей с синдромом хронической усталости:*

- (а) Усталость обычно длится между 2 и 6 месяцами
- (б) Часто встречается сниженное настроение
- (в) Часто встречаются самообвинение и чувство неполноты
- (г) Лечение зависит от принятия семьей того, что проблемы - не органические
- (д) Обычное лечение выбора - ступенчатая реабилитация

20.4 *Конверсионное расстройство в детстве:*

- (а) Главным образом расстройство 5-10-летних
- (б) Поражает мальчиков больше, чем девочек

- (в) Обычно моделируется по образцу заболевания, которое наблюдал ребенок
- (г) Обычно возникает вместе с депрессивным расстройством или другим психиатрическим диагнозом
- (д) По большей части поражает дети из нормальных по-видимости семей

## 21 Дошкольные проблемы

21.1 *Распространенные проблемы 3-леток включают:*

- (а) Беспокойства
- (б) Пробуждение ночью
- (в) Аутизм
- (г) Чрезмерная активность
- (д) Страхи

21.2 *Факторы, предсказывающие большие поведенческие проблемы у 3-леток:*

- (а) Мать на оплачиваемой работе
- (б) Мужской пол
- (в) Специфическая задержка речи
- (г) Материнская депрессия
- (д) Супружеский разлад

21.3 *Касательно 3-леток с умеренными или тяжелыми поведенческими проблемами:*

- (а) Более чем у 75% детей проблемы разрешаются в течение 5 лет
- (б) Разрешение проблем чаще встречается у мальчиков
- (в) Хорошие предикторы хронического течения установленных проблем - семейные факторы
- (г) Ранняя чрезмерная активность - предиктор расстройства поведения в среднем детстве
- (д) Ранняя боязливость - предиктор эмоционального расстройства в среднем детстве

## 22 Расстройства в подростковом возрасте

22.1 *В репрезентативной выборке подростков с психическими расстройствами:*

- (а) Примерно у половины - длительно существующие расстройства, продолжающиеся со среднего детства, а у другой половины – вновь начавшиеся расстройства
- (б) Длительно существующие расстройства по большей части поведенческие и эмоциональные
- (в) Вновь начавшиеся расстройства по большей части расстройства приема пищи и психотические
- (г) Неблагоприятные семейные факторы чаще связаны с вновь начавшимися, чем с длительно существующими расстройствами
- (д) Образовательные трудности чаще связаны с вновь начавшимися, чем с длительно существующими расстройствами

22.2 *Касательно подросткового употребления наркотиков:*

- (а) Экстази – наиболее употребляемый подростками наркотик
- (б) 60% тинейджеров, экспериментирующих с наркотиками, продолжают регулярно их употреблять

- (в) Большинство молодых взрослых наркоманов впервые начали употреблять наркотики в школе
- (г) Расстройство поведения в истории болезни связано с повышенной частотой употребления наркотиков в подростковом возрасте
- (д) Отказ от школы в истории болезни связан с повышенной частотой употребления наркотиков в подростковом возрасте

22.3 *Обычные побочные эффекты злоупотребления летучими психоактивными веществами («нюханья клея») включают:*

- (а) Астму
- (б) Тошноту и рвоту
- (в) Головную боль или боли в животе
- (г) Эрозию зубной эмали
- (д) Сыпь вокруг носа или рта

22.4 *Смерть от злоупотребления летучими психоактивными веществами («нюханья клея»):*

- (а) Обычно наступает в результате спазма гортани
- (б) Обычно наступает в результате эпилептического статуса
- (в) По большей части наступает у лиц мужского пола
- (г) Только редко наступает у тех, кто употребляет впервые
- (д) Объясняет около 25% смертей в детстве

22.5 *Шизофрения в детском и подростковом возрасте:*

- (а) До семилетнего возраста очень редка
- (б) Во всех возрастах чаще встречаются у лиц мужского пола
- (в) Менее генетическая, чем шизофрения, начинающая во взрослом возрасте
- (г) Обычно ей предшествуют трудности социального приспособления
- (д) Сопровождается худшим прогнозом, чем шизофрения, начинающаяся во взрослом возрасте

22.6 *Признанные симптомы шизофрении в детском и подростковом возрасте:*

- (а) Аффективная тупость
- (б) Слуховые галлюцинации - других людей, делающих критические замечания
- (в) Настойчивое требование одинаковости
- (г) Инверсия местоимений
- (д) Расстройство мышления

22.7 *Первые психотические эпизоды в детском и подростковом возрасте:*

- (а) Характерно острое начало
- (б) Эпизод обычно продолжается от одной до шести недель
- (в) Апатия и социальное избегание обычно разрешаются быстрее, чем бред
- (г) Если первоначальный эпизод своевременно лечат, у большинства не бывает дальнейших эпизодов
- (д) Психосоциальное функционирование до эпизода - один из лучших предикторов долгосрочного исхода

22.8 *Нервная анорексия у детей и подростков:*

- (а) Соотношение женского и мужского пола около 3:1
- (б) Примерно одинаковая распространенность по всему миру
- (в) Поражает около 2-4% 15-летних
- (г) Редко встречается до полового созревания
- (д) Раннее начало может приводить к задержке или остановке полового созревания

22.9 *Нервная анорексия у детей и подростков:*

- (а) Начало может быть спровоцировано негативными событиями жизни
- (б) Продемонстрирована ценность семейной терапии
- (в) Без госпитализации редко можно достичь соответствующей прибавки в весе
- (г) В течение пяти лет, 90% полностью выздоравливает
- (д) Большая первоначальная потеря веса предсказывает худший долгосрочный исход

22.10 *Нервная булимия:*

- (а) Обычно связана с депрессией
- (б) Как правило, лечение выбора - когнитивно-поведенческая терапия
- (в) Обычно превышение веса тела над ожидаемым для соответствующего возраста и роста более 25%
- (г) Часто эпизодическая, с ремиссиями и рецидивами
- (д) Более вероятно, чем нервная анорексия, привлекает внимание специалистов

## 23 Плохое обращение с детьми

23.1 *Относительно плохого обращения и насилия:*

- (а) Плохое обращение особенно распространено в первый год жизни
- (б) Частота плохого обращения заметно падает после 10-летнего возраста
- (в) В США около 450 смертей в год - от признанного насилия и пренебрежения
- (г) Распространенное предъявление синдрома Мюнхаузена по доверенности - остановка дыхания
- (д) Большинство случаев синдрома Мюнхаузена по доверенности совершаются отчимом ребенка

23.2 *Когда родители приводят травмированных детей в травмпункт, подозрение на физическое насилие должны усилить следующие составляющие:*

- (а) Задержка при обращении за медицинской помощью
- (б) Родители описывают, как была получена травма, с множеством несущественных деталей
- (в) Ребенок готов расплакаться и боится больничного персонала
- (г) Родители не проявляют большой озабоченности или тревоги
- (д) Родители пытаются покинуть больницу до того, как будет завершено обследование

23.3 *Признанные факторы риска физического насилия включают:*

- (а) Недостаток социальной поддержки у матери
- (б) Тяжелая недееспособность ребенка
- (в) Отец выпивает 4 дозы (40 мл) алкоголя<sup>18</sup> в неделю
- (г) Преждевременное рождение ребенка

- (д) Отец безработный

23.4 *Признанные факторы риска физического насилия включают:*

- (а) Мать, работающая полный рабочий день
- (б) Чрезмерно плотный надзор за ребенком
- (в) Возраст ребенка менее одного года
- (г) У родителя расстройство личности
- (д) Праородители живут в том же самом доме

23.5 *Неорганическое нарушение физического развития (ННФР):*

- (а) Не может быть обнаружена медицинская причина низкого веса
- (б) Во время еды часто встречаются отклоняющиеся взаимодействия родитель-ребенок
- (в) Сопровождается значительно повышенным риском последующего пренебрежения и насилия
- (г) Наверстывание прибавки в весе при госпитализации ребенка решительно предполагает ННФР
- (д) Встречается реже, чем психосоциальная низкорослость

23.6 *Относительно эмоционального насилия:*

- (а) Поражает около 30% детей, которые также подвергаются физическому или сексуальному насилию
- (б) Менее повреждающее, чем большинство других форм насилия
- (в) Связано с аутистическими проблемами
- (г) Угрозы оставления могут приводить к тревожным образцам привязанности
- (д) Чрезмерная враждебность и критика родителей увеличивает вероятность того, что дети сами будут обидчиками

23.7 *Относительно сексуального насилия в отношении детей и подростков:*

- (а) О проникающем насилии ретроспективно сообщают примерно 1 из 200 женщин
- (б) Поражает мальчиков меньше, чем девочек
- (в) Наиболее распространенное предъявление у девочек - инфекция мочевых путей
- (г) Единственными предъявляемыми симптомами могут быть раздражительность и агрессия
- (д) Исследования в сообществах показывают, что в высших социально-экономических группах оно гораздо реже

23.8 *Относительно сексуального насилия в отношении детей и подростков:*

- (а) Более 5% зарегистрированных случаев совершается лицами женского пола
- (б) Отчины - непропорционально часто встречающиеся преступники
- (в) Биологические отцы редко бывают преступниками
- (г) Когда возникает вне дома, преступник обычно незнакомый
- (д) Доказательств существования «сексуальных шаек» мало

23.9 *Относительно сексуального насилия:*

- (а) Примерно одной трети девочек, подвергшихся серьезному насилию, их матери не верят
- (б) Совершенно необходимо, чтобы специалист по психическому здоровью, первый узнавший о насилии, провел физический осмотр до того, как признаки исчезнут
- (в) Отрицательный физический осмотр не исключает возможность сексуального насилия

- (г) Рефлекторное расширение заднего прохода патогномонично
- (д) Отрицание преступником вины – обычное дело, и не влияет на вероятность успешной реабилитации

23.10 *Относительно воздействия насилия в отношении ребенка:*

- (а) Признанное последствие - посттравматическое стрессовое расстройство
- (б) У подвергшихся насилию детей больше вероятность быть отвергнутыми группой своих сверстников
- (в) Большинство подвергшихся насилию детей, когда становятся родителями, продолжают осуществлять насилие в отношении своих собственных детей
- (г) Признаком сексуального насилия может быть нанесение себе порезов
- (д) Мальчики, подвергшиеся сексуальному насилию, с большей вероятностью сами становятся сексуальными насилиниками

23.11 *Вмешательства при насилии в отношении ребенка более вероятно будут успешными, когда:*

- (а) У ребенка - неорганическое нарушение физического развития
- (б) Ребенок предъявляет синдром Мюнхгаузена по доверенности
- (в) Родители сами подвергались насилию в детстве
- (г) Имеется доступ к хорошим местным детским учреждениям
- (д) Родители способны поставить потребности ребенка прежде своих

## 24 Генерализованная недостаточная обучаемость

24.1 *Касательно генерализованной недостаточной обучаемости (ГНО):*

- (а) Для юридических и административных целей, ГНО определяется сочетанием низкого интеллекта и образовательной неспособностью
- (б) Медицинские, образовательные и социальные службы никогда не выявляют примерно половину всех детей с IQ менее 50.
- (в) Легкая ГНО определяется IQ между 50 и 79
- (г) Распространенность легкой ГНО гораздо больше, чем можно было бы ожидать, если бы IQ был распределен нормально (второй «горб»)
- (д) Тяжелая ГНО поражает около 0,4 индивидуумов на 1000

24.2 *При тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости:*

- (а) Вероятность идентифицируемой органической причины больше, чем при легкой ГНО
- (б) Этиологическое значение полигенных эффектов больше, чем при легкой ГНО
- (в) Лица мужского пола существенно превосходят численностью лиц женского пола
- (г) Ребенку нужно посещать не школу, а подготовительное учреждение
- (д) Заметно нарушена способность обучаться новым навыкам

24.3 *При нормальном варианте (субкультурной) генерализованной недостаточной обучаемости:*

- (а) Окружность головы ребенка обычно ниже третьего процентиля
- (б) У сиблиングов часто пограничный интеллект
- (в) Обычно имеется идентифицируемый ферментный дефект
- (г) Крутой социально-экономический градиент
- (д) Модальный IQ в пределах 35-45

24.4 *Касательно синдрома Дауна:*

- (а) Имеется примерно у 1 из 600 новорожденных, при возрасте матери 45 лет и старше
- (б) 95% - следствие транслокаций 21-й хромосомы
- (в) Объясняет более 20% всей генерализованной недостаточной обучаемости (IQ менее 70)
- (г) Связан с дефектом межпредсердной перегородки
- (д) Связан с врожденной дуоденальной атрезией

24.5 *Распространенные признаки синдрома Дауна включают:*

- (а) Высокий рост
- (б) Одна ладонная складка
- (в) Низко посаженные простые уши
- (г) Гипертонию
- (д) Складки эпикантуса

24.6 *Синдром ломкой X-хромосомы:*

- (а) Поражает около 1 на 170 новорожденных
- (б) Включает избыточные повторы трипептидов
- (в) Снижает IQ у пораженных лиц мужского, но не женского пола
- (г) До полового созревания редко заметно увеличение яичек
- (д) Для лабораторного диагноза требуется культура клеток в среде с дефицитом фолатов

24.7 *Фетальный алкогольный синдром:*

- (а) Рост, вес и окружность головы обычно малы, с рождения и далее
- (б) Объясняет примерно 20% тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости
- (в) Обычно включает выдающиеся уши
- (г) Обычно включает короткие глазные щели
- (д) Верхняя губа обычно образует выраженную «дугу Купидона»

24.8 *Следующие синдромы наследуются как аутосомные рецессивные:*

- (а) Нейрофиброматоз
- (б) Галактоземия
- (в) Харлера
- (г) Тея-Сакса
- (д) Хантера

24.9 *Следующие синдромы наследуются как аутосомные рецессивные:*

- (а) Стерджа-Вебера
- (б) Гомоцистинурия
- (в) Фенилкетонурия
- (г) Леша-Найхана
- (д) Туберозный склероз

24.10 *Туберозный склероз:*

- (а) Кожные и подкожные узелки по ходу кожных нервов появляются в позднем детстве
- (б) Adenoma sebaceum – сыпь на лице в виде бабочки - обычно заметна к 2 летнему возрасту
- (в) Гипопигментированные пятна редко заметны до школьного возраста

- (г) Сопровождается веснушками под мышками
- (д) Наиболее распространенный тип сопутствующих припадков - petit mal

24.11 Следующие материнские инфекции в течение беременности могут сопровождаться последующей генерализованной неспособностью к обучению у ребенка:

- (а) Краснуха
- (б) Корь
- (в) Токсоплазмоз
- (г) Цитомегаловирус
- (д) Гонококк

24.12 В предупреждении генерализованной недостаточной обучаемости играет роль следующее:

- (а) Добавка фолиевой кислоты примерно во время зачатия
- (б) Скрининг новорожденных на гипотиреоидизм
- (в) Скрининг новорожденных на галактоземию
- (г) Иммунизация против полиомиелита
- (д) Утихомирить движение транспорта в жилых районах

24.13 Генерализованная недостаточная обучаемость сопровождается повышенным риском следующих расстройств:

- (а) Расстройства поведения
- (б) Гиперактивные расстройства
- (в) Эмоциональные расстройства
- (г) Аутистические расстройства
- (д) Расстройства сна

24.14 Самоповреждающее поведение у детей с генерализованной недостаточной обучаемостью(ГНО):

- (а) Чаще встречается, когда ГНО не легкая, а тяжелая
- (б) Чаще встречается, когда дети скучают или изолированы
- (в) Подкрепляется всякий раз, когда воспитатели отвечают дополнительным вниманием
- (г) Лучше всего лечить поведенческими подходами
- (д) Обычно помогает медикаментозное лечение стимуляторами

24.15 Следующие пары физических синдромов и поведенческих фенотипов правильны:

- (а) Синдром Прадера–Уилли (Prader-Willi) и речь «вечеринки с коктейлями»
- (б) Синдром Леша-Найхана и тяжелое самоповреждение
- (в) Синдром ломкой X-хромосомы и социальная тревога с избеганием взгляда
- (г) Внутриутробная краснуха и ненасытное переедание
- (д) Фетальный алкогольный синдром и аутизм

## 25 Мозговые нарушения

25.1 Психиатрические проблемы у детей с эпилепсией или церебральным параличом:

- (а) Встречаются гораздо чаще, чем среди детей с сопоставимыми ограничениями, но нецеребральными расстройствами

- (б) Главным образом поведенческие и эмоциональные проблемы
- (в) Часто включают намеренную агрессию или антисоциальное поведение, например, издевательство или вандализм
- (г) Эпизодические вспышки ярости обычно эпилептического происхождения
- (д) Особенно избыточно представлены гиперактивность и аутистические расстройства

#### 25.2 *В детстве:*

- (а) Инфекции, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) могут предъявляться потерей установившихся навыков и дополнительными эмоциональными или поведенческими проблемами
- (б) Сексуальное насилие может предъявляться потерей установившихся навыков и дополнительными эмоциональными или поведенческими проблемами
- (в) Роландические припадки особенно часто неправильно диагностируют как истерические псевдоприпадки
- (г) Тяжелая закрытая травма головы может приводить к длительной социальной расторможенности
- (д) Повреждения левого полушария существенно более вероятно приводят к депрессии, чем повреждения правого полушария

### 26 Расстройства речи

#### 26.1 *Различные аспекты речи:*

- (а) Просодия имеет отношение к образованию звуков речи
- (б) Синтаксис имеет отношение к образованию и пониманию грамматически правильных предложений
- (в) Фонология имеет отношение к общению посредством тона голоса и интонации
- (г) Прагматика имеет отношение к общению посредством знаков
- (д) Семантика имеет отношение к кодированию и декодированию значения в словах

#### 26.2 *Касательно расстройств речи детского возраста:*

- (а) Менее чем у 1% детей с нормальным интеллектом расстройства речи тяжелые, устойчивые и вызывающие социальные нарушения
- (б) Мальчики поражаются гораздо чаще, чем девочки
- (в) Главные аномалии при семантическо-прагматическом расстройстве – в использовании речи и ее содержания, а не в форме
- (г) Расстройство экспрессивной речи встречается реже, чем расстройство рецептивной речи
- (д) У детей, с возрастом полностью освобождающихся от своих проблем с речью, остается существенно повышенный риск специфических трудностей в чтении и правописании

#### 26.3 *Психиатрические проблемы у детей с расстройствами речи:*

- (а) По большей части проблемы с поведением
- (б) Встречаются не чаще, чем ожидается, стоит только учесть низкий IQ
- (в) У старших детей часто более заметны, чем у младших
- (г) При проблемах с артикуляцией встречаются чаще, чем при трудностях в рецептивной речи
- (д) Может включать проблемы в социальных отношениях, подобные аутистическим

## **27 Трудности в чтении**

*27.1 Специфическое расстройство чтения (дислексия развития):*

- (а) Присутствует у 15-25% детей
- (б) У девочек чаще, чем у мальчиков
- (в) Чаще встречается у единственных детей
- (г) Особенно распространено в бедных районах старой части городов
- (д) Более чем в 50% случаев сопровождается леворукостью

*27.2 Специфическое расстройство чтения (дислексия развития):*

- (а) Обычно не следует диагностировать без тестирования интеллекта ребенка
- (б) Обычно включает наряду с проблемами в чтении и тяжелые проблемы с правописанием
- (в) Не может присутствовать, если возраст ребенка по чтению меньше, чем на год ниже его (или ее) хронологического возраста
- (г) Обычно не связано с какими-либо арифметическими трудностями
- (д) Связано со стрефосимболией (зеркальным письмом)

*27.3 Стандартное обследование ребенка с проблемами в чтении должно включать:*

- (а) Компьютерную томографию (срез КТ)
- (б) Аудиометрию
- (в) ЭЭГ
- (г) Психометрию
- (д) Хромосомы

*27.4 Специфическому расстройству чтения (дислексии развития) сопутствует:*

- (а) Интеллект выше среднего
- (б) Эпилепсия или церебральный паралич
- (в) Невербальный интеллект ниже, чем вербальный
- (г) Расстройства поведения и делинквентность
- (д) Большое родительское давление, направленное на учебные успехи

*27.5 Специфическое расстройство чтения (дислексия развития) более вероятно при:*

- (а) Семейной истории проблем с чтением
- (б) Родителях из среднего класса общества
- (в) Гиперактивности
- (г) Нарушенном фонологическом осознании
- (д) Склонности путать левое и правое

*27.6 Специфическому расстройству чтения (дислексии развития) сопутствует:*

- (а) Отказ от школы
- (б) Плохая координация
- (в) Семейная история леворукости
- (г) Миопия
- (д) Музыкальные или художественные таланты

## 27.7 Дети со специфическим расстройством чтения (дислексией развития):

- (а) Проблемы с чтением или правописанием обычно продолжаются, несмотря на коррекционное обучение
- (б) Если в среднем детстве свободны от психиатрических проблем, то маловероятно, что в подростковом возрасте разовьются новые психиатрические проблемы
- (в) Вследствие своей склонности к гиперкомпенсации обычно заканчивают с образовательной квалификацией выше среднего
- (г) Подвержены высокому риску депрессии взрослых
- (д) Непропорционально высокая вероятность заниматься физическим трудом во взрослой жизни

## 28 Ненадежная Привязанность

### 28.1 Относительно привязанности детей к воспитателям:

- (а) Вначале дети становятся привязанными к своим родителям, потому что они связывают родителей с пищей и игрой
- (б) Улыбки, плач и сердитые вспышки ярости – все это может функционировать как поведение привязанности
- (в) Близость фигуры привязанности сдерживает исследовательское поведение маленького ребенка
- (г) Избирательные привязанности до 11-месячного возраста обычно не заметны
- (д) Поведение привязанности имеет тенденцию нарастать, если ребенок болен

### 28.2 Процедура «Незнакомая ситуация»:

- (а) Разработана Джоном Боулби
- (б) Обычно привлекаются дети в возрасте 24-30 месяцев
- (в) Включает незнакомого взрослого, остающегося на протяжении этой процедуры в одной комнате с ребенком
- (г) Включает две разлуки с родителем (или другим воспитателем) и два воссоединения
- (д) Обычно проводится дома у ребенка

### 28.3 Оценивая надежность привязанности по процедуре «Незнакомая ситуация»:

- (а) Когда оценивают надежность привязанности, степень страдания при разлуке не столь хороший ориентир, как реакция ребенка на воссоединение
- (б) Когда родители надежно привязанных детей покидают комнату и снова входят, их дети, как правило, продолжают играть, как будто ничего не случилось
- (в) Дети с сопротивляющейся-амбивалентной привязанностью очень расстроены разлукой и с трудом успокаиваются при воссоединении
- (г) Дети с дезорганизованной привязанностью ведут себя таким образом, который позволяет предполагать страх или замешательство в присутствии воспитателя
- (д) Избегающие привязанные дети рады разлуке и реагируют на воссоединение гневом и слезами

### 28.4 Относительно надежности привязанности:

- (а) Надежно привязаны менее половины всех детей в выборках из сообщества
- (б) Большинство детей из семей, где с ними плохо обращаются, проявляют образцы дезорганизованной привязанности

- (в) Материнской депрессии сопутствует повышенная частота ненадежной привязанности
- (г) Очень необычно, чтобы ребенок, надежно привязанный к одному родителю, был ненадежно привязан к другому
- (д) В выборках из сообщества относительная доля различных категорий привязанности в различных культурах почти постоянна

#### 28.5 *Интервью привязанности взрослых (ИПВ):*

- (а) Разработано Мэри Эйнсуорт
- (б) Применяет дискурсивный анализ, чтобы установить текущее умонастроение респондента по отношению к привязанности
- (в) Критерии автономной привязанности требуют убедительных повествовательных доказательств того, что индивидуум имел опыт эмоционально поддерживающих взаимоотношений в детстве
- (г) Отклоненная привязанность обычно включает много аффективно нагруженных воспоминаний об отвергании в детстве, так что респонденты остаются очень критичны к тому воспитанию, которое они получили от родителей
- (д) ИПВ классификация беременной женщины - хороший предиктор классификации привязанности еще нерожденного ребенка в будущем

#### 28.6 *Касательно предсказательной ценности классификации ранней привязанности:*

- (а) Надежность привязанности лучше предсказывает качество социальных нарушений с незнакомыми взрослыми, чем качество близких взаимоотношений
- (б) При раннем и обширном воспитании в яслях будущее развитие ребенка лучше предсказывается качеством привязанности к персоналу яслей, чем качеством привязанности к родителям
- (в) Надежная привязанность к родителям предсказывает также лучшие взаимоотношения с сиблигами, учителями и одноклассниками
- (г) Младшие дети с сопротивляющейся-амбивалентной привязанностью в детском саду существенно более вероятно будут агрессивны по отношению к другим детям
- (д) У большинства взрослых с психическими заболеваниями или расстройствами личности - неразрешившиеся-дезорганизованные привязанности

### 29 **Природа и воспитание**

#### 29.1 *Когда семейная характеристика (С) сопровождается детским психическим расстройством (Д):*

- (а) Если один и тот же ген является причиной и С и Д, это случай третьего фактора
- (б) Если Д является причиной С, это случай смешения
- (в) С может быть безвредным маркером какой-либо другой семейной характеристики, которая действительно причиной Д
- (г) С может быть безвредным маркером какой-либо характеристики школы ребенка, которая действительно является причиной Д
- (д) Один из наиболее сильных методов проверки того, является ли С причиной Д - изучить, что происходит с Д после вмешательства с целью изменить С

#### 29.2 *Относительно генов, разделенной среды и неразделенной среды:*

- (а) Если на черту влият разделявшая среда, это приведет к тому, что монозиготные (однояйцовые) близнецы будут похожи больше, чем дизиготные (двуяйцовые) близнецы

- (б) Сходство между приемными детьми и их приемными родственниками - показатель силы воздействия разделенной среды
- (в) Если генетические факторы важны, приемные дети будут походить на своих биологических родственников
- (г) Если на черту особенно сильно влияет неразделенная среда, корреляция между монозиготными (однояйцевыми) близнецами будет низкой
- (д) Разнообразие, не объясняемое генами или разделенной средой, может быть следствием ошибки измерения или игрой случая в развитии мозга

29.3 *Относительно генов, разделенной среды и неразделенной среды:*

- (а) Для большинства психологических признаков наследуемость около 50%
- (б) У подверженности аутизму исключительно низкая наследуемость
- (в) Разделенная среда объясняет около 30% разнообразия большинства психологических признаков
- (г) Современные данные говорят о том, что проблемы с поведением распространяются в семьях почти полностью по генетическим, а не по средовым причинам
- (д) Если положение «любимчика» влияет на развитие ребенка, это случай воздействия неразделенной среды

## 30 Совладание с неблагополучием

30.1 *Госпитализации:*

- (а) Ребенок, госпитализированный один на долгий срок, вероятно, пройдет через стадии протеста, отчаяния и оторванности
- (б) Госпитализация особенно расстраивает младенцев младше 6-месячного возраста
- (в) Повышенной частотой расстройства поведения и делинквентности в последующем сопровождаются многократные госпитализации, но не единичные
- (г) Долгосрочное воздействие госпитализаций особенно выражено у детей, вышедших из дисгармоничных семей
- (д) Пагубное воздействие госпитализаций уменьшается, если родителей удается убедить реже навещать ребенка, и тем самым уменьшить число болезненных воссоединений и разлук

30.2 *Когда ребенок теряет родителя вследствие смерти:*

- (а) Это часто приводит к тяжелому депрессивному избеганию
- (б) Это может привести к устойчивому отсутствию интереса к школе
- (в) Нередко страдание ребенка проявляется в агрессивном, деструктивном или вызывающем поведении
- (г) Индивидуум подвержен значительно более высокому риску депрессии в дальнейшей взрослой жизни
- (д) Индивидуум меньше подвержен долгосрочным психиатрическим проблемам, чем после потери родителя вследствие развода

30.3 *Когда ребенок теряет родителя вследствие разделения или развода:*

- (а) Матери впоследствии часто более непоследовательны, особенно с сыновьями
- (б) Ребенок обычно реагирует тем, что более положительно относится к учителям и другим взрослым
- (в) От первоначального разделения девочка обычно страдает больше, чем мальчик
- (г) От того, что мать вступает в новый брак, девочка обычно страдает больше, чем мальчик

(д) Чем младше ребенок, тем больше вероятность хороших взаимоотношений с отчимом

*30.4 Психиатрические проблемы детей психически больных родителей:*

- (а) Чаще эмоциональные расстройства, чем расстройства поведения
- (б) В значительной степени можно приписать воздействию враждебности родителя и супружескому разладу
- (в) Более вероятны, когда у родителей психотические расстройства, чем когда у родителей расстройства личности
- (г) Более вероятны, когда у ребенка трудный темперамент
- (д) Среди девочек встречаются чаще, чем у мальчиков

*30.5 Касательно размера семьи и порядка рождения:*

- (а) У единственных детей психиатрические проблемы гораздо более вероятны, чем у детей из семей с двумя детьми
- (б) У детей из больших семей повышен риск аутизма
- (в) Риск подростковой делинквентности больше связан с числом братьев, чем с числом сестер
- (г) На групповом уровне «средние» дети выходят из семей большего размера, чем дети, родившиеся последними
- (д) Отказ от школы чаще встречается у первенцев, чем у детей, родившихся последними

## **31 Факторы школы и сверстников**

*31.1 Относительно обидчиков и их жертв:*

- (а) Большинство обидчиков - мальчики
- (б) Большинство жертв - девочки
- (в) Применение социального исключения или кампаний перешептывания более характерно для обидчиков женского пола, чем для обидчиков мужского пола
- (г) Обидчики и их жертвы обычно учатся на разных параллелях
- (д) Хорошо спланированные вмешательства могут снизить частоту издевательства в школах до 50%

*31.2 Относительно жертв издевательства:*

- (а) Дети - чувствительные нервозные личности более вероятно бывают жертвами
- (б) У физически слабых мальчиков выше вероятность стать жертвой
- (в) У гиперактивных детей вероятность стать жертвой особенно высокая
- (г) Некоторые дети становятся жертвой потому, что они провоцируют других, дразня их или создавая им неприятности
- (д) У большинства жертв нормальные дружеские отношения

*31.3 Обидчики:*

- (а) Обычно послушны и хорошо себя ведут с родителями и учителями
- (б) Более вероятно, чем другие дети испытали враждебное и критическое воспитание
- (в) Обычно тревожные и неуверенные дети
- (г) Как правило, отвергаются своими одноклассниками
- (д) Подвержены повышенному риску преступности и злоупотребления алкоголем во взрослом возрасте

### *31.4 Относительно популярности и непопулярности среди сверстников:*

- (а) Методика опроса всех детей в классе, чтобы они сказали, с кем бы они хотели играть больше всего («положительные номинации») и с кем они хотели бы играть меньше всего («отрицательные номинации»), известна как антропометрия
- (б) Некоторые дети привлекают большое количество и положительных и отрицательных номинаций
- (в) У отвергаемых детей много отрицательных номинаций и мало положительных номинаций, тогда как у пренебрегаемых детей мало номинаций и того и другого вида
- (г) Физические факторы, такие как ожирение или ношение очков, самая распространенная идентифицируемая причина отвергания сверстниками
- (д) У пренебрегаемых и у отвергаемых детей почти одинаково вероятны долгосрочные проблемы с психическим здоровьем

### *31.5 Относительно влияния школы на поведение:*

- (а) Большая часть различий между школами по частоте делинквентности и прогулов объясняется различиями в районе охвата и в приеме
- (б) Поведенческие проблемы чаще встречаются в школах большего размера
- (в) Поведенческие проблемы реже встречаются в школах, где детей часто хвалят и доверяют им ответственность
- (г) Поведенческие проблемы встречаются чаще, когда школа расположена в старом здании с тесной игровой площадкой
- (д) Поведенческие проблемы реже встречаются в школах, где установлены высокие стандарты

## **32 Вмешательство: первые принципы**

### *32.1 Диагностическое обозначение:*

- (а) Может подпитывать чувство неадекватности и отчаяния у семьи
- (б) Может облегчить страх неизвестного у семьи
- (в) Следует давать только когда доступно специфическое лечение этого заболевания
- (г) Должно идти вместе или сопровождаться информацией о соответствующей родительской группе при этом заболевании
- (д) Часто ускоряет доступ к подходящим службам

### *32.2 Относительно лечения:*

- (а) Плохая практика одновременно приступать к двум и более подходам к лечению
- (б) «Мастерское бездействие» может быть наиболее целесообразным подходом при расстройствах с хорошим прогнозом
- (в) При условии, что симптомы лечат соответственно, можно надеяться, что исчезнут и социальные нарушения, являющиеся следствием этих симптомов
- (г) Биологические расстройства требуют биологического лечения; психосоциальные расстройства требуют психосоциального лечения
- (д) Помощь родителям, учителям и детям в понимании этиологии заболевания может сама по себе оказаться мощным вмешательством

### *32.3 Имеются обширные и обоснованные доказательства эффективности:*

- (а) Трициклических антидепрессантов при депрессии детского возраста
- (б) Поведенческой терапии при загрязнении и энурезе

- (в) Тренинга родителей при расстройстве поведения детского возраста
- (г) Семейной терапии при нервной анорексии
- (д) Социальной работы при делинквентности

#### *32.4 Касательно эффективности лечения:*

- (а) Некоторые интуитивно привлекательные виды психосоциального лечения могут быть значительно более пагубными, чем вообще никакого лечения
- (б) Оценивая испытания лечения или мета-анализы, важно помнить, что статистически достоверные результаты не обязательно достоверны клинически
- (в) Если испытание показывает, что величина эффекта при лечении 1,0, это лечение переместило среднего пациента в испытании ближе к популяционному среднему на одно стандартное отклонение
- (г) При успешных видах психологической терапии величина эффектов обычно около 1,3 – 1,5 – когда их проводят в исследовательской обстановке
- (д) При психологической терапии в обычной клинической обстановке средняя величина эффекта около 0,6 – 0,8

#### *32.5 Вероятно следующие факторы объясняют то, что психологическая терапия для детей в обычной клинической практике менее эффективна, чем в исследовательских испытаниях:*

- (а) Клиники меньше используют семейную терапию
- (б) Клиникам приходится лечить много случаев с множественными расстройствами и семьи, трудные для привлечения
- (в) Клиники меньше используют структурированную терапию с руководствами по лечению
- (г) Клиницисты менее эффективны, чем психотерапевты-исследователи
- (д) Исследовательские испытания с большей вероятностью включают смешанные и эклектические методы терапии

#### *32.6 Касательно ограниченности рекомендаций современного лечения, основанного на доказательствах:*

- (а) Они часто налагают неэтичные ограничения на клиническую свободу
- (б) У многих клинических случаев смешанные или частичные синдромы, которые никогда не подвергались формальным испытаниям
- (в) Имеющиеся доказательства эффективности в основном получены в выборках белых американцев из среднего класса, показано, что они не относятся к другим группам
- (г) В силу обстоятельств ребенка или семьи стандартные протоколы могут оказаться неприменимыми
- (д) Исследовательские испытания часто устанавливают наилучшее лечение первого выбора, не изучая того, что делать дальше, если это неосуществимо или не поможет

### **33 Предупреждение**

#### *33.1 Относительно программы предупреждения:*

- (а) Универсальные программы избегают необходимости скрининговых тестов
- (б) Предписанные программы обращены к индивидуумам с высоким риском возникновения симптомов
- (в) Направленные программы обращены к индивидуумам, у которых уже развились некоторые симптомы

- (г) При расстройствах с сильной генетической нагруженностью маловероятно, что предупреждение будет очень эффективно
- (д) Содействие факторам защиты - хорошие идеи в теории, но почти никогда не действует на практике

### 33.2 Относительно терминологии скрининговых тестов:

- (а) Чувствительность имеет отношение к доле индивидуумов с заболеванием, правильно установленных скрининговым тестом
- (б) Положительная предсказательная ценность (ППЦ) имеет отношение к доле ложно положительных среди тех индивидуумов, у которых скрининговый тест предсказывает заболевание
- (в) Специфичность имеет отношение к доле скрин-отрицательных предсказаний, у которых не оказывается заболевания
- (г) Отрицательная предсказательная ценность (ОПЦ) имеет отношение к доле скрин-отрицательных предсказаний, которые оказываются ложно отрицательными
- (д) Снижение пограничного значения для того, чтобы увеличить чувствительность, обычно снижает ППЦ данного скринингового теста

## 34 Медикаментозное лечение и диета

### 34.1 Касательно фармакокинетических различий между детьми и взрослыми:

- (а) У детей ниже кислотность желудка, и это ускоряет всасывание кислотных препаратов, таких, как трициклические
- (б) С учетом размера тела, печень у детей менее активна метаболически, и это снижает клиренс «первого прохода» у препаратов, метаболизируемых печенью
- (в) У детей относительно высокая доля внеклеточной жидкости, что увеличивает объем распределения
- (г) У детей более проницаемые гематоэнцефалические барьеры
- (д) Учитывая фармакокинетические различия, дозы психотропных препаратов на единицу веса для детей часто на 25-50% ниже, чем для взрослых

### 34.2 Касательно лекарственных препаратов стимуляторов:

- (а) Наиболее эффективные стимуляторы оказывают смешанное серотонинергическое и антихолинергическое действие
- (б) Когда стимуляторы применяют для лечения гиперактивности, величина эффекта редко превышает 0,6
- (в) Когда гиперактивный ребенок реагирует на стимуляторы, маловероятно, что эффект продолжается больше 4-6 месяцев
- (г) При гиперактивности аутичных детей могут помочь стимуляторы, но иногда ценой ухудшения повторяющегося поведения
- (д) Очень маловероятно, что стимуляторы уменьшают беспокойство или невнимательность, если у ребенка к тому же и тикозное расстройство

### 34.3 У детей и подростков признана роль нейролептиков при:

- (а) Неотложном лечении рецидивов шизофрении
- (б) Неотложном лечении нервной анорексии
- (в) Длительном лечении синдрома Туретта

- (г) Длительном лечении агрессивного поведения у индивидуумов с генерализованной недостаточной обучаемостью
- (д) Длительном лечении гиперактивности или стереотипий у индивидуумов с генерализованной недостаточной обучаемостью

*34.4 Касательно побочных эффектов нейролептиков:*

- (а) Седативный эффект может мешать обучению
- (б) Сульпирид и рисперидон с большей вероятностью, чем галоперидол, вызывают ранние дистонические реакции
- (в) Прием антимускариновых препаратов от паркинсонических побочных эффектов обычно можно прекратить примерно через шесть недель
- (г) Пимозид может запускать потенциально фатальные сердечные аритмии
- (д) Вероятность поздно появляющейся дискинезии имеет отношение к пожизненному приему нейролептиков

*34.5 Относительно злокачественного нейролептического синдрома:*

- (а) Температура тела прогрессивно падает и по мере этого индивидуум становится все более неподвижным
- (б) Признаки вегетативной дисфункции включают бледность, выделение пота и дрожь
- (в) Анализы крови могут показать повышенную креатинин фосфокиназу и высокий лейкоцитоз
- (г) Обычно синдром менее чем за 12 часов прогрессирует от ранних симптомов до циркуляторного коллапса и множественной органной недостаточности
- (д) Как только синдром развился, необходимо прекращать прием нейролептиков не резко, а постепенно

*34.6 Касательно трициклических антидепрессантов для детей и подростков:*

- (а) Доказана ценность имипрамина при лечении гиперактивности
- (б) Доказана ценность кломипрамина при лечении обсессивно-компульсивного расстройства
- (в) Имипрамин может снизить частоту обмачивания постели
- (г) Дезипрамин особенно сильно связан с сердечными аритмиями и внезапной смертью
- (д) Предупреждающие признаки кардиотоксического действия трициклических препаратов включают удлинение P-R и Q-T интервалов

*34.7 Клонидин:*

- (а) Оказывает смешанное адренергическое и дофаминергическое действие
- (б) Даже при постоянной дозе терапевтический эффект может продолжительно нарастать в течение нескольких месяцев
- (в) Используется при лечении гиперактивности
- (г) Используется при лечении депрессии
- (д) Возбуждает детей и мешает им засыпать

*34.8 Относительно применения лития у детей и подростков:*

- (а) Литий широко применяется при лечении и профилактике биполярного аффективного расстройства
- (б) Литий можно применять для регуляции оппозиционного поведения, которое не поддается психологическим подходам

- (в) Пользы от контроля уровня лития в плазме у детей и подростков очень мало или почти никакой
- (г) Жажда и мелкий трепет - предупреждающие признаки надвигающейся интоксикации ли-тием
- (д) Вследствие риска вызванного литием гипотиреоидизма, нужно регулярно проверять тирео-идную функцию

34.9 *Относительно медикаментозного лечения детей и подростков:*

- (а) Для лечения проблем со сном у детей обычно достаточно коротких курсов бензодиазепи-нов или других снотворных
- (б) Испытанное лечение обессесивно-компульсивного расстройства - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)
- (в) Обычные побочные эффекты СИОЗС включают желудочно-кишечные нарушения и беспо-койность
- (г) Контролируемые испытания с плацебо позволяют полагать, что СИОЗС могут увеличивать риск суицида и самоповреждения
- (д) Селективные ИМАО, такие как моклобемид, необходимо применять с особой осторожно-стью, поскольку они с большей вероятностью, чем неселективные ИМАО плохо взаимо-действуют с пищевыми аминами

34.10 *Когда на поведенческие проблемы детей влияет пища, за это обычно отвечают следую-щие, пищевые ингредиенты:*

- (а) Искусственные красители, вкусовые добавки и консерванты
- (б) Сахара
- (в) Молочные продукты
- (г) Цитрусы
- (д) Пищевые продукты, к которым у ребенка особенная тяга

34.11 *Когда на поведенческие проблемы детей влияет пища:*

- (а) Кожные аллергические пробы обычно могут правильно установить, какой пищевой ингре-диент за это отвечает
- (б) Анализы крови (IgE) обычно могут правильно установить, какой пищевой ингредиент за это отвечает
- (в) Методика «немногих пищевых продуктов» выявляет пищевую непереносимость, исключая большинство пищевых продуктов, а затем постепенно вводя их снова
- (г) В контролируемых испытаниях систематически продемонстрирована эффективность диеты Фейнгольда без добавок и естественных салицилатов
- (д) Маловероятно, что диета исключения, уменьшающая гиперактивность, приведет к замет-ному снижению всякой сопутствующей раздражительности или оппозиционности

## 35 Лечение, основанное на поведении

35.1 *Относительно инструментального обусловливания:*

- (а) Принципы были впервые описаны Уотсоном
- (б) «Положительное подкрепление» имеет отношение к поощрению желательного поведения
- (в) «Отрицательное подкрепление» имеет отношение к отмене вознаграждения после нежела-тельного поведения

- (г) «Угашение» имеет отношение к тому, что поведение становится менее частым, когда прекращаются прежние поощряющие последствия
- (д) Инструментальное обусловливание можно применять, чтобы увеличить желательное поведение и уменьшить нежелательное поведение

#### *35.2 При поведенческой терапии:*

- (а) «ABC» анализ имеет отношение к аффекту (Affect), поведению (Behaviour) и познанию (Cognition)
- (б) «Таймаут» имеет отношение к вознаграждению за хорошее поведение, когда ребенку позволяют получить краткий перерыв в занятиях, навязанных взрослыми
- (в) «Цена реакции» может включать и то, чтобы ребенок после нежелательного поведения возвращал назад карманные деньги
- (г) Вознаграждения следует давать как можно скорее после того, как появилось желательное поведение
- (д) Если нежелательное поведение не устранено полностью, оно обычно возобновляется в среднесрочной перспективе

#### *35.3 При поведенческой терапии:*

- (а) Вознаграждения не следует менять через каждые несколько дней
- (б) Использование предпочтаемых ребенком занятий в свободное время в качестве вознаграждения известно как принцип Премака
- (в) Подросткам не следует разрешать договариваться о домашних правилах
- (г) Эффективность повышается, если воздействуют на убеждения и настроение родителей и детей
- (д) Классическое обусловливание включает связывание физиологической реакции с новым стимулом

#### *35.4 Лечение, основанное на поведении:*

- (а) Особенно полезно при расстройствах приема пищи, сна и элиминации у младших детей
- (б) При гиперактивности более эффективно, чем при антисоциальном поведении
- (в) Родительское внимание – не подходящее вознаграждение для антисоциальных детей, поскольку они отказываются обращать внимание на своих родителей
- (г) Когда применяют угашение, нежелательное поведение вначале может ухудшаться, пока ребенок пытается восстановить предшествующий статус-кво («вспышка угашения»)
- (д) Обосновано многими исследованиями отдельных случаев, но немногими рандомизированными контролируемыми испытаниями

### **36 Когнитивная и межличностная терапия**

#### *36.1 Когнитивная терапия:*

- (а) Ее не следует применять в сочетании с терапией поведения
- (б) Воздействует на специфические искажения в содержании мышления
- (в) Не влияет на поведение
- (г) Занимается когнитивным сопровождением эмоций, а не эмоциями *per se*
- (д) Как правило, более полезна у подростков, чем у маленьких детей

### *36.2 Когнитивная терапия:*

- (а) При депрессии у подростков гораздо менее эффективна, чем трициклические антидепрессанты
- (б) Приводит к убедительному результату только примерно у половины депрессивных подростков, у многих из которых возникают рецидивы
- (в) Помогает менее трети детей с симптомами тревоги
- (г) При гиперактивности менее эффективна, чем медикаментозное лечение
- (д) При гиперактивности более эффективна, чем управление поведением

### *36.3 Программы социальных навыков решения проблем:*

- (а) Были впервые разработаны Мирной Шуэ и Джорджем Спиваком
- (б) Всегда проводятся в обстановке один-на-один
- (в) От ребенка требуется выработать несколько альтернативных решений проблемы
- (г) Учат детей игнорировать свой собственный гнев в конфликтной ситуации
- (д) Помогают детям обратить внимание на точное поведение других, а не на их мотивы

### *36.4 Межличностная психотерапия:*

- (а) Разработана на основе трудов Мелани Клейн
- (б) Сосредоточена на роли прошлого воспитания, влияющего на текущие взаимоотношения
- (в) Может включать прием родителей вместе с пациентом во время сеанса
- (г) Специфически воздействует на проблемы, относящиеся к тем, кто растет в семьях с одним родителем
- (д) Психотерапевт прогнозирует, что сразу после окончания лечения депрессивные чувства ухудшатся

### *36.5 При психодинамической психотерапии с детьми:*

- (а) Перед тем, как начать, обычно получают письменное согласие ребенка
- (б) Совет не дается
- (в) Главная цель - облегчение симптомов
- (г) Интерпретация может главным образом сосредоточиваться на рисунках или игре ребенка, а не на том, что ребенок говорит
- (д) Как только терапия успешно сосредоточится на внутренних реалиях ребенка, ни психотерапевт, ни какой другой член команды не должен работать с ребенком или семьей, изменения внешние реалии

## **37 Системная и семейная терапия**

### *37.1 При семейной терапии:*

- (а) Считают, что поведение в значительной степени обусловлено контекстом взаимодействий, в котором оно происходит
- (б) По определению, семейные правила явные и известны всем членам
- (в) Некоторые представления взяты из кибернетики и общая теория систем
- (г) Процессы, управляющие тем, как члены семьи общаются, часто более важны, чем содержание того, что они говорят друг другу
- (д) Часто используют модели, основанные на принципе неопределенности Гейзенберга

*37.2 При семейной терапии важные стадии в жизненном цикле семьи включают:*

- (а) Уход из дома
- (б) Выстраивание взаимоотношений с расширенной семьей после бракосочетания
- (в) Переезд из одного дома в другой
- (г) Предоставлять подросткам все большую автономность, чтобы они могли входить и выходить из системы
- (д) Приспособить супружеские взаимоотношения после ухода на пенсию

*37.3 При структурной семейной терапии:*

- (а) Особое значение придается власти родителей над детьми
- (б) Недифференцированная граница может приводить к спутанности
- (в) Непроницаемая граница может приводить к разобщению
- (г) Альянс между двумя членами семьи вреден
- (д) Желательна триангуляция ребенка со своими родителями

*37.4 При структурной семейной терапии:*

- (а) Ключевая часть оценки - круговое расспрашивание
- (б) Психотерапевт направляет
- (в) Психотерапевт приспосабливается к семейному стилю, так чтобы почувствовать, что он собой представляет
- (г) Психотерапевт может пытаться намеренно разбалансировать систему семьи, выставляя то, как она дисфункциональна
- (д) Границу между подсистемами сиблиングов и родителей можно укрепить, побуждая сиблингов выполнить совместное задание

*37.5 При стратегической семейной терапии:*

- (а) Все поведение может рассматриваться как общение
- (б) Часто сосредоточиваются на случаях, когда проблемное поведение отсутствовало
- (в) Важно установить, как проблема возникла
- (г) Психотерапевт может поощрять члена семьи с проблемным поведением проявлять его чаще
- (д) Важно проявлять уважение к семье и ее озабоченности, избегая юмора и беспечных замечаний

*37.6 При Миланской системной семейной терапии:*

- (а) Сосредоточиваются на поведении, а не на убеждениях
- (б) Круговое расспрашивание раскрывает взаимоотношения между членами семьи
- (в) Психотерапевт предлагает решения
- (г) Симптомы могут быть переоформлены на попытку ребенка помочь сохранить семью в равновесии
- (д) Построение гипотез проводится перед тем, как принимать семью

*37.7 Относительно методов семейной терапии:*

- (а) Иногда экстернализировать проблему - полезный способ объединить семью в «борьбе» против проблемы

- (б) Нarrативная (повествовательная) терапия признает силу историй, которые рассказывают люди, чтобы объяснить свою жизнь
- (в) Сальвадор Минухин связан со структурной семейной терапией
- (г) В главных школах семейной терапии ожидается, что перед тем, как начнется работа с семьей, ребенка, по меньшей мере, один раз примут одного
- (д) Имеется несколько рандомизированных контролируемых испытаний, демонстрирующих эффективность семейной терапии при проблемах в среднем детстве

## 38 Воспитание в приемной семье и усыновление

### 38.1 В Соединенном Королевстве:

- (а) Более 1% детей и подростков воспитываются в приемной семье
- (б) Более половины помещений в приемную семью – меньше, чем на 6 месяцев
- (в) Большинство детей в приемных семьях воспитываются биологическими родственниками («родственная» приемная семья), а не посторонними людьми
- (г) Профессиональным приемным воспитателям могут платить хорошую зарплату за то, что они берут только одного трудного ребенка в качестве работы на полный день
- (д) Родные родители сохраняют некоторую ответственность за ребенка, даже когда местные власти приобретают ответственность родителя

### 38.2 Сравнение детей и подростков в приемных семьях с теми, кто живет с родными родителями:

- (а) Общая частота психических расстройств более чем вдвое выше
- (б) Особенno повышена распространенность расстройств аутистического спектра
- (в) Особенno повышена распространенность обсессивно-компульсивного расстройства
- (г) Особенno повышена распространенность расстройств привязанности
- (д) Частота преступности на протяжении жизни, по меньшей мере, в пять раз выше

### 38.3 Показано, что следующие факторы предсказывают, какие приемные родители и усыновители начнут чувствовать, что они не могут продолжать присматривать за ребенком:

- (а) Ребенку при соединении с семьей меньше 2 лет
- (б) Усыновителям/приемным родителям недостает уверенности в том, как обращаться с ребенком
- (в) У ребенка поведенческие проблемы
- (г) Усыновители/приемные родители не чувствуют, что ребенок хорошо им подходит
- (д) Родные родители выделяли этого ребенка и обращались с ним хуже, чем с сиблингами

## 39 Организация служб

### 39.1 Если полностью предоставить обеспечение служб психического здоровья детей силам свободного рынка, это может привести к недостаточно оптимальному обеспечению, потому что:

- (а) Большинство семей не являются хорошо информированными потребителями
- (б) Общественные службы обычно работают более рационально
- (в) Бедные семьи выпадут
- (г) Монопольные поставщики могут завышать цену
- (д) Нельзя будет снизить стоимость для семей, отразив непрямую пользу для общества в целом

*39.2 Относительно современного обеспечения психического здоровья детей в развитых странах:*

- (а) Бюджет психического здоровья на тысячу детей в общей популяции существенно ниже, чем эквивалентный бюджет на тысячу взрослых в общей популяции
- (б) Большинство детей с психические расстройства не бывают приняты в службах психического здоровья детей
- (в) Показано, что увеличение расходов на службы улучшает результат
- (г) Всесторонние службы до 18-летнего возраста стоят значительно больше, чем эквивалентные службы до 16-летнего возраста
- (д) Ответственность за лечение поведенческих расстройств четко распределена между здравоохранением, социальными службами и образованием

*39.3 Рентабельности служб детского психического здоровья, вероятно, способствует следующее:*

- (а) Полностью укомплектована старшими психологами и психиатрами
- (б) Сосредоточенность на практике, основанной на доказательствах
- (в) Использование компьютеризированной оценки
- (г) Предоставление психологического, а не фармакологического лечения
- (д) Мониторирование результатов как общепринятая практика

## ОТВЕТЫ НА ВМВ

Каждый ответ отмечен И (Истинно) или Л (Ложно), за ними, где это уместно, следует страница в соответствующей главе, рамка или номер главы. Когда необходимо, даются дополнительные примечания.

### 1      Оценка

- 1.1 (а) И, с. 9 (б) Л, с. 12 (в) Л, с. 13 (г) И, с. 14 (д) И, с. 15

У детских психических расстройств часто бывают идентифицируемые факторы риска, но очень редко - единственная достаточная причина.

- 1.2 (а) Л, с. 16-17 (б) И, с. 20 (в) И, с. 16-17 (г) Л (д) Л

- 1.3 (а) Л, с. 18 (б) Л, с. 18 (в) И, с. 18-19 (г) И, с. 19 (д) И, с. 19

- 1.4 (а) Л, с. 20 (б) И, с. 20 (в) Л (г) Л (д) И, с. 21

Физический осмотр совершенно необходим, но может быть ограничен наблюдением; желательно измерить рост и вес (и окружность головы), тогда как аускультация сердца нужна редко. Большинство синдромов дисморфизма включают аномалии головы, лица или рук, которые можно увидеть, не раздевая ребенка. Увидев какие-либо признаки дисморфизма, целесообразно затем продолжить более полное обследование.

### 2      Классификация

- 2.1 (а) Л, с. 26 (б) И, с. 26 (в) Л, с. 29: табл. 2.1 (г) Л, с. 30 (д) И, с. 25

Примеры подростковых расстройств, не соответствующих ни одной из трех группировок - нервная анорексия и шизофрения.

- 2.2 (а) И, с. 28 (б) Л, с. 28 (в) И, с. 28 (г) И, с. 28-29 (д) И, гл. 1, с. 12

- 2.3 (а) И, с. 30: табл. 2.2 (б) Л, с. 30: табл. 2.2 (в) И, с. 30: табл. 2.2 (г) Л (д) И, с. 30: табл. 2.2

- 2.4 (а) И, с. 26 (б) Л, с. 26 (в) Л (г) Л, с. 27: рамка 2.1 (д) И, с. 27: рамка 2.2

Собственные значения в факторном анализе можно использовать для того, чтобы решить, какое количество размерностей оставить.

### 3      Эпидемиология

- 3.1 (а) Л, с. 37 (б) Л, гл. 4, с. 43 (в) Л, с. 38 (г) Л, с. 38 (д) Л, с. 41

- 3.2 (а) И, с. 39: рамка 3.4; гл.17 (б) Л, с. 39: рамка 3.4; гл.5 (в) Л, с. 39: рамка 3.4; гл.26 (г) И, с. 39: рамка 3.4; гл.22 (д) Л, с. 39: рамка 3.4; гл.11

- 3.3 (а) Л, с. 39: рамка 3.4; гл.9 (б) Л, с. 39: рамка 3.4; гл.8 (в) Л, с. 39: рамка 3.4; гл.11 (г) Л, с. 39: рамка 3.4; гл.15 (д) И, с. 39: рамка 3.4; гл.6

- 3.4 (а) Л, с. 40: рамка 3.5; гл.17 (б) И, с. 40: рамка 3.5; гл.22 (в) И, с. 40: рамка 3.5; гл.10 (г) Л, с. 40: рамка 3.5; гл.4 (д) Л, с. 40: рамка 3.5; гл.15

- 3.5 (а) И, гл. 8, с. 76 (б) Л, гл. 4, с. 43 (в) И, гл. 24, с. 166: табл. 24.1 (г) Л, гл. 8, с. 74 (д) И, гл. 7, с. 67

### 4      Аутистические расстройства

- 4.1 (а) И, с. 44 (б) Л (г) И, с. 44 (д) И, с. 43

Специфические страхи и самоповреждающее поведение встречаются относительно часто, но не характерны.

- 4.2 (а) Л, с. 43 (б) И, с. 44 (в) Л (г) И, с. 48 (д) И, с. 43

Аутичные дети часто не безразличны к изменениям, а сопротивляются им. Плохой зрительный контакт аутичных детей часто называют избеганием взгляда, хотя часто это не

- активное избегание, а безразличие взгляда (тогда как дети с синдромом ломкой X-хромосомы на самом деле с большей вероятностью избегают взгляда).
- 4.3 (а) Л, с. 45; гл. 22, с. 146: рамка 22.2 (б) И, с. 44 (в) И, с. 43 (г) И, с. 45 (д) И, с. 45
- 4.4 (а) Л, с. 46 (б) Л, с. 44 (в) Л, гл. 22, с. 146: рамка 22.2 (г) Л, с. 44 (д) И, с. 44
- 4.5 (а) Л (б) И, с. 46 (в) И, с. 46 (г) Л (д) И, с. 45; гл. 26
- 4.6 (а) Л, с. 43 (б) Л, с. 43 (в) Л, с. 43 (г) Л, с. 48 (д) Л, с. 48
- Распространенность *всех* расстройств аутистического спектра - около 2-6 на 1000, из них от четверти до половины приходится на инфантильный аутизм: около 0,6-1,7 на 1000.
- 4.7 (а) И, с. 50 (б) Л (в) Л (г) И, с. 50 (д) Л
- Парадоксально, что прогноз аутизма может быть лучшее при наличии некоторых сопутствующих ограничений: неуклюжести, тиков и задержки зрительного созревания в истории болезни.
- 4.8 (а) И, с. 49 (б) Л (в) Л, с. 50 (г) Л, с. 50 (д) И, с. 49
- Примерно 10% в подростковом возрасте теряют когнитивные навыки. Имеет оплачиваемую работу примерно 10%, а вступает в брак гораздо меньше.
- 4.9 (а) И, с. 45 (б) Л (в) И (г) Л (д) И, с. 48; рамка 4.1
- В тех случаях, когда аутические индивидуумы действительно теряют когнитивные навыки, это обычно бывает вначале (до 3 лет) или в подростковом возрасте. Островки нормальных или превосходных способностей могут включать следующее: способность складывать головоломки, художественные или музыкальные таланты, или способность вычислять, на какой день недели приходятся конкретные даты, например, Рождество 1887 («календарные калькуляторы»).
- 4.10 (а) И, с. 46 (б) Л, с. 46 (в) И, с. 46 (г) И, с. 46 (д) Л, с. 46
- Часто плохая моторная координация, грациозность – редко.

## 5 Гиперактивность (Гиперкинез/СДВГ)

- 5.1 (а) И (б) Л, с. 51 (в) Л, с. 51 (г) Л, с. 51 (д) И, с. 52
- 5.2 (а) И, с. 51 (б) Л (в) И, с. 51 (г) Л (д) Л
- Махание руками и манерности указывают на аутизм или генерализованную недостаточную обучаемость. Кажется, что у некоторых гиперактивных детей «приподнятое» настроение, но это не характерно.
- 5.3 (а) И, с. 51 (б) И, с. 52 (в) И, с. 51 (г) Л (д) И, с. 51
- Внезапные повторяющиеся стереотипные и бесполезные движения - это тики.
- 5.4 (а) И, с. 51 (б) И, с. 51 (в) Л, с. 51 (г) Л (д) Л, с. 56, гл. 34, с. 242
- Некоторым гиперактивным детям требуется очень мало сна, тогда как другие спят долго и крепко; проблемы со сном не характерны.
- 5.5 (а) Л, с. 52 (б) И, с. 52 (в) Л, с. 52 (г) И, с. 52 (д) И, с. 52
- 5.6 (а) Л (б) Л (в) И, с. 54; гл. 25 (г) И, с. 53 (д) И, с. 54
- Родительское пренебрежение и другие неблагоприятные семейные факторы более вероятно связаны с расстройством поведения. Явные неврологические расстройства имеются только у меньшей части гиперактивных детей, а подозрение, что у большинства остальных - скрытые неврологические проблемы, остается подозрением, а не установленным фактом.
- 5.7 (а) И, с. 52 (б) И, с. 52 (в) И, с. 56 (г) И, с. 56 (д) И, с. 56
- 5.8 (а) Л (б) Л (в) И, с. 54 (г) Л, с. 56, гл. 34, с. 242 (д) И, с. 55, гл. 34, с. 239
- Нет убедительных исследований или клинических данных о том, что психодинамическая психотерапия облегчает беспокойство и невнимательность детей с тяжелой гиперактивностью. Гиперактивные дети лучше всего успевают в тихих неотвлекающих классных комнатах.
- 5.9 (а) Л, с. 55 (б) И, с. 55 (в) И, с. 55 (г) Л, с. 55 (д) И, с. 55

## **6      Расстройство поведения**

- 6.1 (а) Л, с. 61 (б) И, с. 61 (в) И, с. 60 (г) И, гл. 3, с. 38 (д) Л, гл. 3, с. 39  
Во всех возрастах чаще встречаются у мальчиков. Обычно более устойчивы, чем эмоциональные расстройства.
- 6.2 (а) И, гл.5, с. 52 (б) И, с. 59, гл. 24, с. 171 (в) И, с. 59, гл. 27, с. 187 (г) И, гл. 25, с. 174 (д) И, с. 62
- 6.3 (а) И, с. 62, гл.30, с. 208 (б) Л (в) И, с. 62, гл. 30, с. 209 (г) И, с. 63 (д) Л
- 6.4 (а) Л (б) Л (в) И, с. 62 (г) И, с. 61, гл. 30, с. 209 (д) Л  
Недостаточный надзор и непоследовательная дисциплина – вот что сопровождается более частым расстройством поведения.
- 6.5 (а) Л, с. 58: рамка 6.1 (б) И, с. 58: рамка 6.1 (в) И, с. 58: рамка 6.1 (г) И, с. 58: рамка 6.1 (д) Л, с.58: рамка 6.1  
Кражи и прогулы - признаки расстройства поведения (рамка 6.2).
- 6.6 (а) И (б) И, гл. 30, с. 208 (в) И (г) И (д) Л
- 6.7 (а) И, с. 65 (б) И, с. 65 (в) И, с. 65 (г) Л, с. 65 (д) Л, с. 65
- 6.8 (а) И, с. 65 (б) Л, с. 65 (в) Л, с. 59 (г) И, с. 62 (д) И, гл.3, с. 39, с. 65
- 6.9 (а) Л, гл.8, с. 75 (б) Л, гл.8, с. 75 (в) И, гл.8, с. 75-76 (г) И, гл.8, с. 76 (д) Л, гл.8, с. 76  
Главная причина отсутствия в школе в большинстве возрастов - физическое заболевание.

## **7      Подростковая делинквентность**

- 7.1 (а) Л, с. 67 (б) И, с. 67 (в) Л, с. 67 (г) Л, с. 67-68 (д) И, с. 68
- 7.2 (а) Л, с. 67 (б) И, с. 69 (в) Л, с. 69 (г) Л, с. 69 (д) Л, с. 69  
Большинство малолетних преступников однократные нарушители, и большинство из них свободны от психических расстройств. В противоположность этому, у меньшей части преступников-рецидивистов вероятны поведенческие расстройства до, во время и после подросткового возраста (гл.22, с. 142).
- 7.3 (а) И, с. 69 (б) Л, с. 69 (в) И (г) И, с. 70 (д) И, с. 70  
В Кембриджском продолжительном исследовании делинквентного развития учительские отчеты о проблемном поведении в возрасте 8 лет предсказывали делинквентность в последующем.
- 7.4 (а) И, сс. 67, 68 (б) И, с. 68 (в) Л (г) И, с. 69 (д) И, с. 69

## **8      Отказ от школы**

- 8.1 (а) И, с. 74 (б) Л, с. 74 (в) Л (г) Л, с. 74 (д) Л, с. 75
- 8.2 (а) Л (б) Л, с. 74 (в) И, с. 74 (г) Л, с. 75 (д) Л, с. 76  
Чаще всего начинается, когда ребенку нужно вернуться в школу после того, как пропустил некоторые времена, поэтому в начале школьного года встречается чаще, чем к концу. Отказ объясняет меньше непосещений школы, чем физические заболевания или прогулы.
- 8.3 (а) Л, с. 76 (б) Л, с. 76 (в) И, с. 74 (г) И, с. 76 (д) И, с. 76
- 8.4 (а) И, с. 75 (б) Л, с. 75 (в) Л (г) Л (д) Л  
Отказ от школы главным образом связан с эмоциональными расстройствами, а не с гиперкинезом, расстройством поведения или делинквентностью. Большинство родителей школьных отказников считают образование важным и очень беспокоятся, что их ребенок не посещает школу. Мнение, что школа неважна, более вероятно сопровождает намеренное удержание родителем (с. 76).
- 8.5 (а) И, с. 76 (б) И, с. 76 (в) И, с. 74 (г) Л (д) Л, с. 78  
Нет специфической связи с кражами из дома или другими проблемами с поведением. Только незначительное меньшинство начинают вследствие страдать агорафобией.
- 8.6 (а) Л, с. 77 (б) И, с. 78 (в) Л, с. 78 (г) Л, с. 78 (д) Л, с. 77

- 8.7 (а) И, с. 77 (б) И, с. 77 (в) Л (г) Л, с. 77 (д) Л, с. 77  
Примерно у трети устойчивые эмоциональные расстройства.

## 9 Тревожные расстройства

- 9.1 (а) И, гл.3, с. 38, с. 78 (б) И, гл.3, с. 38, с. 78 (в) Л (г) Л (д) И, с. 78  
Расстройства чтения сильнее связаны с гиперактивностью и расстройствами поведения, чем с эмоциональными расстройствами.
- 9.2 (а) Л, с. 80 (б) И, гл. 8, с. 76 (в) Л (г) Л, с. 81 (д) Л, с. 81  
Распространено у школьников до пубертатного возраста. Нежелание говорить кроме как дома указывает на элективный мутизм (гл.15).
- 9.3 (а) Л, с. 81 (б) И, с. 81 (в) И, с. 81 (г) И, с. 81 (д) И, с. 82
- 9.4 (а) Л, с. 79 (б) И, с. 79 (в) Л, с. 79 (г) И, с. 80 (д) Л, с. 80

## 10 Депрессия и мания

- 10.1 (а) Л, с. 85 (б) И, с. 85 (в) И, гл. гл. 8, с. 76, с. 85 (г) Л, с. 85 (д) Л, с. 85
- 10.2 (а) Л, с. 85 (б) Л, с. 85 (в) И, с. 87; гл.36 (г) Л, с. 87 (д) Л, с. 87
- 10.3 (а) И, с. 88 (б) Л, с. 88 (в) Л, с. 88 (г) И, с. 88 (д) Л, с. 88

## 11 Суицид и умышленное самоповреждение

- 11.1 (а) И, с. 89 (б) Л, с. 89 (в) Л, с. 89 (г) И, с. 90 (д) Л, с. 89
- 11.2 (а) И, с. 89 (б) И, с. 89 (в) И, с. 89 (г) И, с. 90 (д) И, с. 90
- 11.3 (а) Л, с. 90 (б) И, с. 90 (в) И, с. 90 (г) Л, с. 91 (д) Л, с. 91
- 11.4 (а) И, с. 90 (б) И, с. 90 (в) И, с. 91 (г) И, с. 91 (д) И, с. 91
- 11.5 (а) И, с. 93 (б) И, с. 93 (в) И, с. 93 (г) Л, с. 93 (д) Л, с. 93  
Примерно 1% молодых людей, которые повреждают себя, впоследствии действительно себя убивают, обычно в течение следующих двух лет.

## 12 Реакции на стресс

- 12.1 (а) И, с. 97 (б) И, с. 98, гл. 30, с. 208 (в) Л, с. 98 (г) Л, с. 98 (д) И, с. 98
- 12.2 (а) И, с. 95 (б) И, с. 95 (в) И, с. 95 (г) Л (д) И, с. 95  
Хотя проблемы со сверстниками могут иметь психиатрические последствия, такие как депрессия или самоповреждение, отвергание друзьями маловероятно включает такого рода интенсивные возбуждающие и пугающие переживания, которые приводят к ПТСР.
- 12.3 (а) И, с. 95 (б) Л (в) И, с. 95 (г) И, с. 95 (д) Л
- 12.4 (а) И, с. 95 (б) И, с. 95 (в) Л (г) Л (д) И, с. 95

## 13 Обсессивно-компульсивное расстройство

- 13.1 (а) Л, с. 99 (б) И, с. 99 (в) И, с. 99 (г) И, с. 99 (д) Л, с. 99
- 13.2 (а) Л (б) И, с. 101 (в) Л (г) Л (д) И, с. 101  
ОКР может быть связано с повышенным уровнем окситоцина в цереброспинальной жидкости или с признаками аномалий базальных ганглиев.
- 13.3 (а) Л (б) Л (в) И, с. 101 (г) И, с. 101 (д) Л  
Хотя секс и смерть - распространенные темы навязчивых беспокойств, и это, по-видимому, может делать их особенно подходящими для фрейдистских подходов, о том, что психодинамическая психотерапия - эффективное лечение при ОКР, нет убедительных исследовательских данных. Фенфлюрамин - серотонинергический стимулятор, который без большого успеха применяли при лечении аутизма.

## **14 Синдром Туретта и другие тикозные расстройства**

- 14.1 (а) И, с. 103 (б) И, с. 103 (в) И, с. 103 (г) И, с. 103 (д) И, с. 103  
14.2 (а) И, с. 103 (б) Л, с. 103 (в) И, с. 103 (г) И, с. 103 (д) Л, с. 103  
14.3 (а) Л, с. 103 (б) И, с. 103 (в) Л, с. 103 (г) Л, с. 103 (д) Л  
Эпилепсия встречается редко.  
14.4 (а) Л (б) И, с. 104 (в) Л (г) И, с. 104 (д) Л, с. 105  
Генерализованная недостаточная обучаемость и очаговые неврологические симптомы встречаются редко.  
14.5 (а) Л (б) И, гл. 13, с. 100, гл. 14, с. 104 (в) И, с. 105 (г) Л, с. 105 (д) Л, с. 1058  
Имипрамин можно использовать для лечения сопутствующей гиперактивности.

## **15 Элективный мутизм**

- 15.1 (а) Л, с. 106 (б) Л, с. 106 (в) И, с. 106 (г) Л (д) И, с. 106  
15.2 (а) И, с. 106 (б) И, с. 106 (в) И, с. 106 (г) Л (д) И, с. 108  
Внезапное начало после явного стресса более характерно для истерической немоты, включающей потерю речи во всех обстоятельствах.

## **16 Расстройства привязанности**

- 16.1 (а) Л, с. 110 (б) Л, с. 109-110 (в) Л, с. 110 (г) Л, с. 110 (д) Л  
16.2 (а) Л, с. 109 (б) И, с. 109 (в) И, с. 109 (г) И, с. 109 (д) Л, с. 109  
Прилипчивость в младенчестве и готовность обращаться к незнакомым взрослым за утешением - признаки детей с расстройством привязанности расторможенного типа.  
16.3 (а) И, с. 109 (б) Л, с. 109 (в) Л (г) И, с. 109 (д) Л, с. 109  
Агрессия в ответ на страдание - свое собственное или другого человека - признак детей с расстройством привязанности реактивного – ингибиционного типа. Нарушение сна - не характерный признак расстройства привязанности.

## **17 Энурез**

- 17.1 (а) И, с. 114: табл. 17.1 (б) И, с. 114: табл. 17.1 (в) Л, с. 114 (г) И, с. 114: табл. 17.1 (д) И, с. 114  
17.2 (а) И, с. 114 (б) Л, с. 115 (в) Л (г) И, с. 114 (д) Л, с. 115  
Представляется, что задержка созревания не имеет отношения к детям, которые становятся сухими в нормальном возрасте, и лишь спустя годы снова начинают обмачиваться.  
17.3 (а) И, с. 114 (б) Л, с. 115 (в) Л (г) Л, с. 115 (д) И, с. 114  
Для того чтобы избегать жесткого приучения к туалету достаточно оснований (гуманных), но снижение риска последующего энуреза к ним не относится.  
17.4 (а) Л, с. 115 (б) Л, с. 115 (в) И, с. 115 (г) Л, с. 115 (д) Л, с. 115  
Энурезу сопровождается возрастанием и эмоциональных проблем и проблем с поведением. Возрастание психиатрических проблем, вероятно, больше при вторичном энурезе.  
17.5 (а) Л, с. 116 (б) Л, с. 115 (в) Л, с. 115 (г) И, с. 116 (д) Л, с. 115  
17.6 (а) И, с. 117 (б) Л (в) И, с. 117 (г) Л, с. 118 (д) Л  
Стимуляторы применяют при гиперактивности. Карbamазепин – антиэпилептическое лекарство, которое можно также применять для профилактики биполярного аффективного расстройства в качестве альтернативы литию.  
17.7 (а) Л, с. 117 (б) Л, с. 116 (в) И, с. 116 (г) Л, с. 116 (д) Л, с. 117  
17.8 (а) Л, с. 116 (б) Л, с. 116 (в) Л, с. 116 (г) И, с. 116 (д) И, с. 116

## **18 Фекальное загрязнение**

- 18.1 (а) Л, с. 119 (б) И, с. 119 (в) Л, с. 119 (г) Л, с. 119 (д) И, с. 119
- 18.2 (а) И, с. 120 (б) Л, с. 119 (в) И, с. 120 (г) И, с. 120 (д) И, с. 120
- 18.3 (а) И, с. 119 (б) И, с. 120 (в) Л (г) И, с. 120 (д) Л
- 18.4 (а) И, с. 120 (б) Л, с. 120 (в) Л (г) И, с. 120 (д) Л

Имипрамин можно использовать как симптоматическое лечение энуреза.

- 18.5 (а) Л (б) И, с. 121 (в) Л, с. 121 (г) И, с. 121 (д) И, с. 121

Прогноз не зависит от пола.

## **19 Расстройства сна**

- 19.1(а) И, с. 125 (б) Л (в) И, с. 125 (г) И, с. 125 (д) И, с. 125
- 19.2 (а) Л, с. 122 (б) И, с. 125 (в) Л, с. 125 (г) Л, с. 125 (д) И, с. 125
- 19.3 (а) Л, с. 126 (б) И, с. 126 (в) И, с. 126 (г) И, с. 126 (д) Л, с. 126
- 19.4 (а) Л, с. 122 (б) Л, с. 126 (в) Л, с. 127 (г) И, с. 127 (д) И, с. 127

## **20 Психосоматика**

- 20.1 (а) Л, с. 128 (б) И, с. 131 (в) И, с. 132 (г) И, с. 131 (д) И, с. 129: рамка 20.1
- 20.2 (а) Л, с. 132 (б) Л, с. 132 (в) Л, с. 133 (г) Л, с. 133 (д) Л, с. 133
- 20.3 (а) Л, с. 134 (б) И, с. 134 (в) Л, с. 134 (г) Л, с. 134 (д) И, с. 134
- 20.4 (а) Л, с. 135 (б) Л, с. 135 (в) И, с. 134 (г) Л, с. 135 (д) И, с. 135

## **21 Дошкольные Проблемы**

- 21.1 (а) Л, с. 138: рамка 21.1 (б) И, с. 138: рамка 21.1 (в) Л, гл.4 (г) И, с. 138: рамка 21.1 (д) И, с. 138: рамка 21.1
- 21.2 (а) Л (б) И, с. 138: рамка 21.1 (в) И, с. 138: рамка 21.1 (г) И, с. 138: рамка 21.1 (д) И, с. 138: рамка 21.1
- 21.3 (а) Л, с. 138: рамка 21.1 (б) Л, с. 138: рамка 21.1 (в) Л, с. 138: рамка 21.1 (г) И, с. 138: рамка 21.1 (д) И, с. 138: рамка 21.1

## **22 Расстройства подросткового возраста**

- 22.1 (а) И, с. 143: рамка 22.1 (б) И, с. 143: рамка 22.1 (в) Л, с. 143: рамка 22.1 (г) Л, с. 143: рамка 22.1 (д) Л, с. 143: рамка 22.1  
Большинство подростковых расстройств - и длительно существующих и вновь начавшихся - эмоциональные или поведенческие расстройства.
- 22.2 (а) Л, с. 144 (б) Л, с. 144 (в) И, с. 144 (г) И, с. 144 (д) Л
- 22.3 (а) Л (б) И, с. 144 (в) И, с. 144 (г) Л (д) И, с. 144  
Эрозия зубной эмали может быть признаком повторной намеренной рвоты при анорексии или нервной булимии.
- 22.4 (а) И, с. 144 (б) Л (в) И, с. 144 (г) Л, с. 144 (д) Л, с. 144
- 22.5 (а) И, с. 145 (б) Л, с. 145 (в) Л, с. 145 (г) И, с. 145 (д) И, с. 147
- 22.6 (а) И, с. 145 (б) И, с. 145 (в) Л (г) Л (д) И, с. 145  
Настойчивое требование одинаковости и инверсия местоимений указывают на аутизм.
- 22.7 (а) Л, с. 145 (б) Л, с. 145 (в) Л, с. 146 (г) Л, с. 146 (д) И, с. 147
- 22.8 (а) Л, с. 147 (б) Л, с. 147 (в) Л, с. 147 (г) И, с. 147 (д) И, с. 147: рамка 22.3
- 22.9 (а) И, с. 147-148 (б) И, с. 148 (в) Л, с. 148 (г) Л, с. 148 (д) И, с. 148
- 22.10 (а) И, с. 149 (б) И, с. 149 (в) Л, с. 149 (г) И, с. 149 (д) Л, с. 149

## **23 Плохое обращение с детьми**

- 23.1 (а) И, с. 150 (б) Л, с. 150 (в) Л, с. 151 (г) И, с. 152 (д) Л, с. 152  
23.2 (а) И, с. 151 (б) Л, с. 151 (в) Л (г) И, с. 151 (д) И, с. 151  
Многие дети, поступающие в травмпункт с травмами, не относящимися к насилию, готовы расплакаться и боятся того, что больничный персонал собирается с ними делать.  
23.3 (а) И, с. 156: рамка 23.1 (б) И, с. 156: рамка 23.1 (в) Л (г) И, с. 156: рамка 23.1 (д) И, с. 156: рамка 23.1  
Несмотря на то, что алкогольная зависимость сопровождается насилием в отношении ребенка, 40 мл алкоголя в неделю - умеренный прием (примерно две бутылки пива или 100 г водки в неделю).  
23.4 (а) Л (б) Л (в) И, с. 150 (г) И, с. 156: рамка 23.1 (д) Л  
23.5 (а) И, с. 152 (б) И, с. 152 (в) И, с. 152 (г) И, с. 152 (д) Л, с. 152  
23.6 (а) Л, с. 154 (б) Л, с. 154 (в) Л (г) И, с. 154 (д) И, с. 154  
Эмоциональное насилие обычно сопровождает другие формы насилия.  
23.7 (а) Л, с. 155 (б) И, с. 155 (в) Л, с. 155 (г) И, с. 155 (д) Л, с. 155  
23.8 (а) И, с. 156 (б) И, с. 157 (в) Л, с. 157 (г) Л, с. 157 (д) Л, с. 157  
23.9 (а) И, с. 159 (б) Л, с. 161 (в) И, с. 161 (г) Л (д) Л, с. 163: табл. 23.1  
23.10 (а) И, гл. 12, с. 95, с. 159 (б) И, с. 158 (в) Л, с. 158 (г) И, с. 159 (д) И, с. 159  
23.11 (а) Л, с. 163: табл. 23.1 (б) Л, с. 163: табл. 23.1 (в) Л, с. 163: табл. 23.1 (г) И, с. 163: табл. 23.1 (д) И, с. 163: табл. 23.1

## **24 Генерализованная недостаточная обучаемость**

- 24.1 (а) Л, с. 165 (б) Л, с. 165 (в) Л, с. 165 (г) Л, с. 165 (д) Л, с. 165  
24.2 (а) И, с. 166: табл. 24.1 (б) Л (в) И, с. 166: табл. 24.1 (г) Л, с. 169 (д) И  
При легкой генерализованной недостаточной обучаемости вероятно более важны «обычные» полигены, тогда как при тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости более важны единичные главные (майор-) гены. Выраженные проблемы обучения новым навыкам - прямое следствие очень низкого IQ.  
24.3 (а) Л (б) И, с. 166: табл. 24.1 (в) Л (г) И, с. 166: табл. 24.1 (д) Л  
Микроцефалия и ферментные дефекты гораздо более характерны для тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости. Обычно определяется, что легкая генерализованная недостаточная обучаемость охватывает IQ в пределах 50-69.  
24.4 (а) Л, с. 167 (б) Л, с. 167 (в) Л (г) И, с. 167 (д) И, с. 167  
Синдром Дауна объясняет существенную часть тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости, но гораздо меньшую часть всей генерализованной недостаточной обучаемости (куда также включают большое количество детей с легкой генерализованной недостаточной обучаемостью).  
24.5 (а) Л, с. 167 (б) И, с. 167 (в) И, с. 167 (г) Л, с. 167 (д) И, с. 167  
Не гипертонию, а гипотонию.  
24.6 (а) Л, гл. 1, с. 22 (б) Л (в) Л, гл. 1, с. 22 (г) И, гл. 1, с. 22 (д) Л  
При прямом тестировании ДНК, обычно больше не требуется культура клеток. Патология - избыточные повторы тринуклеотидов, а не трипептидов. Не забывайте тщательно читать вопросы – экзаменаторы могут при случае прибегать к нечестным приемам!  
24.7 (а) И, гл. 1, с. 22 (б) Л (в) Л (г) И, гл. 1, с. 22 (д) Л  
Фетальный алкогольный синдром – более распространенная причина легкой умственной генерализованной недостаточной обучаемости, чем тяжелой. Большие уши могут быть следствием синдрома ломкой X-хромосомы. Верхняя губа при фетальном алкогольном синдроме обычно тонкая и повернута внутрь; гипоплазия губного желобка (philtrum) часто сглаживает «дугу Купидона» - нормальную форму верхней губы.  
24.8 (а) Л, гл. 1, с. 23, с. 167 (б) И (в) И, с. 167 (г) И (д) Л, с. 167

Нейрофиброматоз доминантен. Хантера – связан с X-хромосомой, рецессивный.

24.9 (а) Л, гл.1, с. 23 (б) И (в) И (г) Л, с. 167 (д) Л, гл.1, с. 22, с. 167

Стердж-Вебера обычно спорадический. Леш-Найхан связан с X-хромосомой, рецессивный. Туберозный склероз - доминантное заболевание, которое часто бывает новой мутацией.

24.10 (а) Л, гл.1, с. 22 (б) Л, гл.1, с. 22 (в) Л, гл.1, с. 22 (г) Л (д) Л

Веснушки под мышками, а также кожные и подкожные узелки по ходу кожных нервов сопутствуют нейрофиброматозу, а не туберозному склерозу. Туберозный склероз сопровождается припадками различного типа, но наиболее характерны младенческие судороги.

24.11(а) И (б) Л (в) И (г) И (д) Л

24.12 (а) И, с. 168 (б) И, с. 168 (в) И, с. 168 (г) Л (д) И, с. 168

24.13 (а) И, с. 170 (б) И, с. 170 (в) И, с. 170 (г) И, с. 170 (д) И, гл. 19, с. 122, с. 170

24.14 (а) И, с. 170 (б) И, с. 170 (в) Л (г) И, с. 171 (д) Л

Несмотря на то, что дополнительное внимание подкрепляет самоповреждающее поведение у некоторых детей, оно оказывает противоположное влияние, когда первичная функция поведения – прогнать людей и уменьшить ненужные требования и вторжения. Стимуляторы могут облегчить гиперактивность детей с легкой и умеренной недостаточной обучаемостью, но иногда ценой обострения ритуалистического и повторяющегося поведения.

24.15 (а) Л (б) И, гл. 1, с. 13, с. 170 (в) И, гл. 1, с. 22, с. 170 (г) Л (д) Л

Синдром Уильямса (идиопатическая младенческая гиперкальциемия) сопровождается «речью на вечеринке с коктейлями» - говорливой речью с избытком штампов, избитых фраз и неуместностей. Синдром Прадера–Уилли сопровождается ненасытным перееданием. Фетальный алкогольный синдром сопровождается гиперактивностью.

## 25 Мозговые нарушения

25.1 (а) И, с. 173 (б) И, с. 174 (в) Л, с. 174 (г) Л, с. 174 (д) И, с. 174

25.2 (а) И, с. 175-176 (б) И, с. 175 (в) Л (г) И, с. 176 (д) Л, с. 174

Припадки лобной доли, а не роландические, особенно часто неправильно диагностируют как истерические псевдоприпадки.

## 26 Расстройства речи

26.1 (а) Л, с. 177: рамка 26.1 (б) И, с. 177: рамка 26.1 (в) Л, с. 177: рамка 26.1 (г) Л, с. 177: рамка 26.1 (д) И, с. 177: рамка 26.1

26.2 (а) И, с. 177 (б) И, с. 177 (в) И, с. 178 (г) Л, с. 178 (д) Л, с. 180

26.3 (а) Л, с. 180 (б) Л, с. 180 (в) И, с. 180 (г) Л, с. 180 (д) И, с. 180

## 27 Трудности в чтении

27.1 (а) Л, с. 183 (б) Л, с. 183 (в) Л (г) И, с. 193 (д) Л, с. 184

Специальному расстройству чтения сопутствует скорее большой размер семьи, а не маленький.

27.2 (а) И (б) И, с. 184 (в) Л, с. 183: рамка 27.1 (г) Л, с. 184 (д) И, с. 184

Без измерения и интеллекта и способности к чтению, как правило, невозможно быть уверенным, что между этими двумя показателями имеется значительное расхождение. Бывают исключения, например, если четко выражющий свои мысли и очень хорошо решающий устно предъявляемые проблемы 14-летний, несмотря на большие усилия, так никогда и не научился читать, можно с уверенностью говорить о специфических проблемах с чтением и без формальных тестов интеллекта (хотя эти тесты все же были бы интересны).

27.3 (а) Л (б) Л (в) Л (г) И (д) Л

Как отмечено выше, для диагноза специфического расстройства чтения почти всегда необходимы психометрические показатели интеллекта и способности к чтению.

- 27.4 (а) Л, с. 184 (б) И, с. 186 (в) Л, с. 184 (г) И, с. 187 (д) Л
- 27.5 (а) И, с. 186 (б) Л, с. 183 (в) И, с. 187 (г) И, с. 185 (д) И, с. 184
- 27.6 (а) Л, гл. 8, с. 75 (б) И, с. 184 (в) Л (г) Л (д) Л
- 27.7 (а) И, с. 187 (б) И, с. 187 (в) Л, с. 187 (г) Л, с. 188 (д) И, с. 187

## **28 Ненадежная Привязанность**

- 28.1 (а) Л, с. 189 (б) И, с. 190 (в) Л, с. 190 (г) Л, с. 190 (д) И, с. 190
- 28.2 (а) Л, с. 191 (б) Л, с. 191 (в) Л, с. 191: рамка 28.1 (г) И, с. 191: рамка 28.1 (д) Л, с. 191  
Процедуру «Незнакомая ситуация» разработала Мэри Эйнсорт.
- 28.3 (а) И, с. 191 (б) Л, с. 193: табл. 28.1 (в) И, с. 193: табл. 28.1 (г) И, с. 193: табл. 28.1 (д) Л, с. 193: табл. 28.1
- 28.4 (а) Л, с. 193: табл. 28.1 (б) И, с. 192 (в) И, с. 192 (г) Л, с. 192 (д) Л, с. 192
- 28.5 (а) Л, с. 194 (б) И, с. 194 (в) Л, с. 194 (г) Л, с. 194 (д) И, с. 195  
Интервью привязанности взрослых разработано Мэри Майн.
- 28.6 (а) Л, с. 195 (б) И, с. 194 (в) И, с. 195 (г) Л, с. 196 (д) Л, с. 196

## **29 Природа и воспитание**

- 29.1 (а) И, с. 197-198 (б) Л, с. 197 (в) И, с. 197-198 (г) И, с. 197-198 (д) И, с. 203
- 29.2 (а) Л, с. 200: рамка 29.1 (б) И, с. 200: рамка 29.1 (в) И, с. 200: рамка 29.1 (г) И, с. 200: рамка 29.1 (д) И, с. 201
- 29.3 (а) И, с. 199 (б) Л, с. 199 (в) Л, с. 199 (г) Л, с. 199 (д) И, с. 201

## **30 Совладание с неблагополучием**

- 30.1 (а) И, с. 207 (б) Л, с. 207 (в) И, с. 207 (г) И, с. 207 (д) Л, с. 207
- 30.2 (а) Л, с. 208 (б) И, с. 208 (в) И, с. 208 (г) Л, с. 208 (д) И, с. 206
- 30.3 (а) И, с. 208 (б) Л, с. 208 (в) Л, с. 208 (г) И, с. 208 (д) И, с. 208
- 30.4 (а) Л, с. 209 (б) И, с. 209 (в) Л, с. 209 (г) И, с. 209 (д) Л
- 30.5 (а) Л, с. 210 (б) Л (в) И, с. 210 (г) И, с. 210 (д) Л, с. 210

## **31 Факторы школы и сверстников**

- 31.1 (а) И, с. 214 (б) Л, с. 214 (в) И, с. 214 (г) Л, с. 214 (д) И, с. 215
- 31.2 (а) И, с. 214 (б) И, с. 214 (в) И, с. 215 (г) И, с. 214-215 (д) Л, с. 214
- 31.3 (а) Л, с. 215 (б) И, с. 215 (в) Л, с. 215 (г) Л, с. 215 (д) И, с. 215
- 31.4 (а) Л, с. 215 (б) И, с. 216: рамка 31.1 (в) И, с. 216: рамка 31.1 (г) Л, с. 215 (д) Л, с. 215-216
- 31.5 (а) И, с. 216 (б) Л, с. 216 (в) И, с. 216 (г) Л, с. 216 (д) И, с. 216

## **32 Вмешательство: первые принципы**

- 32.1 (а) И, с. 218 (б) И, с. 218 (в) Л (г) И, с. 218-219 (д) И, с. 219  
Даже если диагноз не приводит к специальному лечению, семьи могут быть довольны, узнав диагноз, поскольку это может помочь им понять этиологию, прогноз или вероятность того, что другой член семьи будет поражен подобным образом.
- 32.2 (а) Л, с. 219 (б) И, с. 219 (в) Л, с. 219 (г) Л, с. 220 (д) И, с. 219
- 32.3 (а) Л, гл. 10, с. 87; с. 221: рамка 32.1 (б) И, гл. 17, с. 116; гл. 18; с. 221: рамка 32.1 (в) И, гл. 6, с. 65; с. 221: рамка 32.1 (г) И, гл. 37, с. 265; с. 221: рамка 32.1 (д) Л, с. 221, рамка 32.1

- 32.4 (а) И, с. 221 (б) И, с. 221-222 (в) И, с. 222 (г) Л, с. 222 (д) Л, с. 222
- 32.5 (а) Л, с. 222: рамка 32.2 (б) И, с. 222: рамка 32.2 (в) И, с. 222: рамка 32.2 (г) Л, с. 222: рамка 32.2 (д) Л, с. 222: рамка 32.2
- 32.6 (а) Л (б) И, с. 223 (в) Л (г) И, с. 223 (д) И, с. 223  
Клиницистам неэтично злоупотреблять своей клинической свободой, назначая лечение без должного внимания к существенным доказательствам эффективности.

### **33 Предупреждение**

- 33.1 (а) И (б) Л, с. 226 (в) Л, с. 225 (г) Л (д) Л, с. 227  
Фенилкетонурия - пример генетического заболевания, которого можно избежать ранним скринингом и негенетической терапией (диетой).
- 33.2 (а) И, с. 226: рамка 33.1 (б) Л, с. 226: рамка 33.1 (в) И, с. 226: рамка 33.1 (г) Л, с. 226: рамка 33.1 (д) И  
(б) и (г) были бы истинными, если бы в них говорилось соответственно «истинно положительные» и «истинно отрицательные».

### **34 Медикаментозное лечение и диета**

- 34.1 (а) Л, с. 231 (б) Л, с. 231 (в) И, с. 231 (г) И, с. 231 (д) Л, с. 231
- 34.2 (а) Л, с. 233 (б) Л, с. 232 (в) Л, гл. 5, с. 55 (г) И, с. 233 (д) Л, с. 233  
При гиперактивности у детей с тиками лечением первого выбора могут быть не стимуляторы, а другие препараты - не потому, что стимуляторы обычно неэффективны, а потому, что они могут ухудшать тики.
- 34.3 (а) И, гл. 22, с. 145 (б) Л, гл. 22, с. 148 (в) И, гл. 14, с. 105 (г) Л, гл. 24, с. 171 (д) И, гл. 24, с. 181
- 34.4 (а) И, с. 234 (б) Л, с. 234 (в) И, с. 234 (г) И, гл. 14, с. 105 (д) И, с. 235
- 34.5 (а) Л, с. 234 (б) И, с. 234 (в) И, с. 234 (г) Л, с. 234 (д) Л, с. 234-235  
Злокачественный нейролептический синдром характеризуется не гипотермией, а пирексией. Ранние симптомы могут прогрессировать до циркуляторного коллапса и множественной органной недостаточности менее чем за 48 часов. Прием нейролептиков следует сразу же прекратить, если есть достаточное основание заподозрить развитие этого синдрома.
- 34.6 (а) И, с. 233 (б) И, с. 233 (в) И, с. 233 (г) И, с. 233 (д) И, с. 233
- 34.7 (а) Л, с. 233 (б) И, с. 233 (в) И, с. 233 (г) Л, с. 233 (д) Л, с. 233
- 34.8 (а) И, с. 235 (б) Л (в) Л, с. 235 (г) Л, с. 235 (д) И, с. 235  
Литий можно использовать для лечения детей с серьезными агрессивными вспышками ярости, которые вызываются минимальной провокацией и не поддаются соответствующим психологическим подходам; т.е. по гораздо более серьезным показаниям, чем простая оппозиционность.
- 34.9 (а) Л, гл. 19, с. 127 (б) И, с. 234 (в) И, с. 234 (г) И, с. 234 (д) Л, с. 234
- 34.10 (а) И, с. 236 (б) Л, с. 236 (в) И, с. 236 (г) И, с. 236 (д) И, с. 236
- 34.11 (а) Л, с. 236 (б) Л, с. 236 (в) И, с. 236 (г) Л, с. 236 (д) Л, с. 236

### **35 Лечение, основанное на поведении**

- 35.1 (а) Л, с. 238 (б) И, с. 238 (в) Л, с. 238 (г) И, с. 238, 240 (д) И, с. 238  
Инструментальное обусловливание было описано Скиннером. Отрицательное подкрепление - когда поведение подкрепляется потому, что оно позволяет индивидууму избежать неприятных последствий: например, вспышки ярости могут очень эффективно препятствовать тому, чтобы родители просили ребенка делать домашние обязанности или домашние задания.
- 35.2 (а) Л, с. 239: рамка 35.1 (б) Л, с. 241 (в) И, с. 241 (г) И, с. 242 (д) Л, с. 240

- 35.3 (а) Л, с. 242 (б) И, с. 242 (в) Л, с. 243 (г) И, с. 243 (д) И, с. 238  
35.4 (а) И, с. 244 (б) Л, с. 244 (в) Л (г) И, с. 240 (д) Л, с. 244

## **36 Когнитивная и межличностная терапия**

- 36.1 (а) Л (б) И, сс. 245-247 (в) Л, с. 245 (г) И, с. 245 (д) И, с. 245  
36.2 (а) Л, с. 246 (б) И, с. 246 (в) Л, с. 246 (г) И, с. 247 (д) Л, с. 247  
36.3 (а) И, с. 247 (б) Л, с. 247 (в) И, с. 247 (г) Л, с. 247 (д) Л, с. 248  
36.4 (а) Л (б) Л, с. 248 (в) И, с. 248 (г) И, с. 249 (д) И, с. 249  
Разработана Джеральдом Клерманом и Мирной Вейсман.  
36.5 (а) Л, с. 250 (б) И, с. 250 (в) Л, с. 250 (г) И, с. 250 (д) Л, с. 250

## **37 Системная и семейная терапия**

- 37.1 (а) И, с. 252 (б) Л, с. 253 (в) И, с. 252 (г) И, вся глава (д) Л  
37.2 (а) И, с. 254: рамка 37.1 (б) И, с. 254: рамка 37.1 (в) Л (г) И, с. 254: рамка 37.1 (д) И, с. 254: рамка 37.1  
37.3 (а) И, с. 256 (б) И, с. 256 (в) И, с. 256 (г) Л, с. 257 (д) Л, с. 256  
37.4 (а) Л (б) И, с. 258 (в) И, с. 258 (г) И, с. 258 (д) И, с. 257: рамка 37.2  
Круговое расспрашивание - ключевой компонент Миланской системной терапии.  
37.5 (а) И, с. 258 (б) И, с. 260 (в) Л, с. 258 (г) И, с. 259 (д) Л, с. 259  
37.6 (а) Л, с. 261 (б) И, с. 261 (в) Л, с. 262 (г) И, с. 262 (д) И, с. 261  
37.7 (а) И, с. 259 (б) И, с. 264 (в) И, с. 256 (г) Л, с. 265 (д) Л, с. 265  
Принимать ребенка одного, по меньшей мере, один раз - хорошая практика, хотя это и не стандартная рекомендация семейной терапии.

## **38 Воспитание в приемной семье и усыновление**

- 38.1 (а) Л, с. 267 (б) И, с. 267 (в) Л (г) И, с. 271 (д) И, с. 267  
38.2 (а) И, с. 269 (б) И, с. 269 (в) Л (г) И, гл. 16, с. 109, с. 269 (д) И, с. 269  
38.3 (а) Л (б) И, с. 271 (в) И, с. 271 (г) И, с. 271 (д) И, с. 271  
У детей, усыновленных или помещенных в приемную семью рано, дела обычно идут лучше.

## **39 Организация служб**

- 39.1 (а) И, с. 273 (б) Л (в) И, с. 273 (г) И, с. 273 (д) И, с. 274  
39.2 (а) И, с. 275-276 (б) И, с. 274 (в) Л, с. 276 (г) И, с. 275 (д) Л, с. 275  
39.3 (а) Л, с. 277 (б) И, с. 276 (в) И, с. 278 (г) Л (д) И, с. 279: рамка 39.1  
Некоторые виды фармакологического лечения могут быть эффективны и относительно дешевы, например, непатентованный метилфенидат при СДВГ. Наилучшее соотношение цены и качества при лечении, включающем как фармакологические, так и психологические подходы.

## ПРИМЕЧАНИЯ АВТОРА (Р.Г.) И ПЕРЕВОДЧИКА К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

<sup>1</sup> трэйнспоттинг - вид хобби, заключающийся в отслеживании поездов и записывании номеров локомотивов. В Британии некоторые дети (и реже взрослые) проводят время, стоя на железнодорожных платформах и записывая номера поездов, которые увидели. 99% из них мужского пола и у многих (вероятно, у большинства) – расстройства аутистического спектра. Некоторые определяют самолеты и автомобили, но трэйнспоттеры - те, кто определяет поезда – национально признанная группа людей, посвящающих немалую часть своей жизни сбору бессмысленных и бесполезных обозначений. Поэтому трэйнспоттинг может дать представление о наиболее утомительном и бесполезном аспекте классификации.

<sup>2</sup> Наименование составных частей - например, Вам показывают автомобиль и говорят, что это коробка передач, это коленчатый вал, это карбюратор, это воздушный фильтр и т.д. Это помогает понять, о какой части идет речь, но заучивать наименования составных частей очень утомительно, если это не сопровождается теоретическим знанием о том, что эти части делают, или практическим знанием о том, как починить автомобиль. «Наименование составных частей» - известное британское стихотворение Генри Рида (многие ученики, изучают его в школе) об одном из впечатлений времен Второй мировой войны. Перевод на русский язык Владимира Светлосанова называется «Назначенье деталей».

<sup>3</sup> pervasive developmental disorder (F84). В официальном переводе МКБ-10 - общее расстройство развития.

<sup>4</sup> Не столь высокий уровень свинца, какой можно получить, если пить кислые напитки из свинцовых чаш, как делали римляне. Такой уровень приводит к явному поражению мозга, периферических нервов и других органов. У детей, живущих поблизости от свинцовых заводов, очень близко от оживленных улиц (в то время, когда в бензин добавляли свинец) или в старых домах, где вдыхают много пыли отслоившихся свинцовых белил, уровень свинца повышен, но не настолько, чтобы вызвать острую энцефалопатию. Тем не менее, исследования позволяют полагать, что у них несколько снижен IQ и повышен уровень гиперактивности, даже если учесть социальное неблагополучие, обычно сопровождающее жизнь поблизости от свинцовых заводов, больших дорог и т.д. (Р.Г.)

<sup>5</sup> временная помощь по уходу (respite care) – форма поддержки родителей, воспитывающих ребенка с особыми потребностями: они могут либо поместить ребенка на непродолжительный срок (один день в неделю или одни выходные в месяц) в специальный центр временного пребывания, либо в другую семью.

<sup>6</sup> Госпиталь Модсли (Maudsley Hospital) входит в состав национальной системы здравоохранения и находится рядом с Институтом Психиатрии, входящем в состав лондонского Университета. В госпитале лечат пациентов, а в Институте проводят исследования. Многие клинические исследователи (и авторы этой книги) работают в обоих местах» (Р.Г.)

<sup>7</sup> Подростковая делинквентность. В Уголовном Кодексе Российской Федерации несовершеннолетним является лицо, которому ко времени совершения преступления исполнилось 14, но не исполнилось 18 лет. Лицо, не достигшее 14 лет, в принципе не может быть субъектом преступления. Лицо, являющееся субъектом преступления может быть привлечено к уголовной ответственности с 16 лет, а за ряд преступлений - с 14 лет. Нормы о преступлениях несовершеннолетних выделены в особый раздел УК.

<sup>8</sup> самоутверждения, способствующие совладанию - ребенка обучают говорить самому себе такие вещи, как: «Я уже большая девочка, я могуправляться сама, маме не нужно все время со мной ходить», «Я ужеправлялся с такими случаями раньше, и сейчас могу снова это сделать» (Р.Г.).

<sup>9</sup> adjustment disorder (F43.2). В официальном переводе МКБ-10 - «расстройство адаптации». На наш взгляд, «расстройство приспособления» - более адекватный перевод. Различия между терминами «приспособление» и «адаптация» см. в книге «Развитие ребенка: индивидуальность и приспособление» (Слободская, 2004).

<sup>10</sup> CCT (SDQ) – опросник «Сильные стороны и трудности», CBCL - Проверочный лист поведения детей в Системе эмпирически обоснованного оценивания Ахенбаха (ASEBA), см. Слободская, 2004.

<sup>11</sup> complex tics. В официальном переводе МКБ-10 – «множественные тики», на наш взгляд «сложные тики» - более точный перевод

<sup>12</sup> выравнивание - при этом правая и левая сторона делаются одинаковыми. Если петля на шнурке левого ботинка 4 см, то на правом она тоже должна быть 4 см. Покрывало на кровати нужно расположить так, чтобы оно свисало слева точно столько же, сколько и справа (Р.Г.).

<sup>13</sup> REM - Rapid Eye Movement

<sup>14</sup> confusional arousals – этот термин из Международной классификации расстройств сна имеет два варианта перевода на русский язык: (1) беспорядочные пробуждения (Романов А.И. и др., 1998) и (2) спутанность сознания при пробуждении (Бузунов Р.В. и др., 2004). На наш взгляд, этот термин лучше переводить как «спутанность при возбуждении», т.к. речьдет о возбуждении (arousal) без пробуждения.

<sup>15</sup> сны наяву - в промежуточном состоянии индивид одновременно и бодрствует и воспринимает яркие зрительные образы, которые мы видим во снах (Р.Г.).

<sup>16</sup> педиатрические центры третьей ступени (tertiary paediatric centres). Первая помощь – прием у врача общей практики (семейный доктор), вторая ступень – оказание специализированной педиатрической помощи в местной клинике и третья ступень – направление в еще более специализированную (и отдаленную) педиатрическую клинику (Р.Г.).

<sup>17</sup> точечная распространенность (point prevalence) отличается от пожизненной распространенности и от распространенности за какой-либо период времени, например, от распространенности какого-либо специфического расстройства в любой момент на протяжении последних 6 месяцев. На деле точечную распространенность и распространенность за какой-либо период времени иногда трудно различить, учитывая то, что один из критериев многих психических расстройств – его присутствие на протяжении определенного времени, например, 6 месяцев при СДВГ или генерализованной тревоге. Поэтому в настоящее время мое определение генерализованной тревоги у кого-либо состоит в том, что симптомы должны быть в данный момент и на протяжении последних 6 месяцев, и это делает точечную распространенность похожей на распространенность за какой-либо период времени. Тем не менее, это не совсем одно и то же, поскольку, если бы меня интересовала распространенность на протяжении 6 месяцев, я бы также включил индивидов, у которых была генерализованная тревога в промежутке времени от 12 до 3 месяцев тому назад, а затем полностью прекратилась, поэтому их не учитывают при оценке точечной распространенности (в настоящее время у них ничего нет), но учитывают при оценке распространенности на протяжении 6 месяцев (поскольку в первой части последних 6 месяцев они полностью соответствовали критериям) (Р.Г.).

<sup>18</sup> доза спиртного («дринк») в Соединенном Королевстве – это 10 мл или 8 г чистого алкоголя. В зависимости от крепости, одна доза содержится в 250 мл пива, 125 мл вина или 25 мл крепких напитков (Р.Г.).

<sup>19</sup> В официальном переводе МКБ-10 - F81.1 Специфическое расстройство спеллингования. «расстройство адаптации». На наш взгляд, «расстройство правописания» - более адекватный перевод.

<sup>20</sup> Перевод и адаптация Шкалы Интеллекта для детей Векслера: Панасюк А. Ю. Адаптированный вариант методики Д. Векслера (WISC). - М., 1973. См. также: Филимоненко Ю. И., Тимофеев В. И. Руководство к методике исследования интеллекта у детей Д. Векслера (WISC). С.-Пб., 1992.

<sup>21</sup> mobility allowance - специальный грант семье от правительства, предназначенный для компенсации затрат, связанных с ограниченной подвижностью. Например, это может помочь оплатить переделки в машине, благодаря которым ребенок на инвалидной коляске может легко забираться и выбираться. Или оплатить машину для семьи, потому что данного ребенка требуется много возить, тогда как другие дети того же возраста могут ходить сами или ездить на общественном транспорте (Р.Г.).

<sup>22</sup> навыки, предваряющие чтение (pre-reading skills). Так называют два показателя – чуткость детей к рифме (т.е. к звукам в конце слова) и к аллитерации (т.е. к звукам в начале слова), которые лучше всего предсказывают будущую способность к чтению. Это немного странное определение, потому что оно обозначает нечто не через то, чем оно является, а через то, чему оно впоследствии способствует. Возможно, что в менее грамотном и более поэтическом обществе их бы назвали предпоэтическими навыками! (Р.Г.).

<sup>23</sup> В свое время в одной теории утверждалось, что дети становятся аутичными потому, что матери не показывают им никаких эмоций – дети как будто бы растут в эмоциональном холодильнике. Кроме того, есть теория о том, что хорошо десенсилизировать детей к тому, что их держат и прижимают, и когда дети к этому привыкнут, они смогут пройти некоторые стадии развития, которые они пропустили. Часто это означает очень тесное физическое ограничение. Взрослый может силой заключать сопротивляющегося ребенка в объятия, обхватывая его руками и ногами, удерживая на месте и препятствуя тому, что ребенок пинается, бьет кулаками икусается. У этой теории шаткая основа и она оправдывает то, что многим непосвященным кажется похожим на суровое физическое наказание или насилие над ребенком. Объединение этого создает представление (неверное) о том, что дети становятся аутичными потому, что не получают достаточно эмоционального тепла, и что это можно исправить, если матери будут специально их прижимать к себе, даже если кажется, что им этого не хочется. Альтернативное объяснение – то, что если дети конституциально сопротивляются прижиманию, то матери обучаются не прижимать их (и поэтому могут казаться относительно неэмоциональными матерями). Другая альтернатива – и у матери и у ребенка общие гены аутизма, приводящие к тому, что каждый из них не очень-то хочет прижиматься к другим людям (Р.Г.).

<sup>24</sup> pastoral care – имеет отношение к тому, как школа пытается следить за личным, неакадемическим благополучием своих учеников. Например, помогает ли она ученикам, расстроенным плохим положением дел дома, издевательством в школе, или особенно напряженными отношениями с одним учителем или несколькими; ожидается ли, что все учителя предоставляют такую помощь, или же в школе есть консультанты, или же некоторые специально подготовленные учителя доступны после школы или на переменах) (Р.Г.).

<sup>25</sup> доказательная основа (evidence base). Различают разные уровни доказательств: 1) наивысший уровень – воспроизведение в повторных рандомизированных контролируемых испытаниях (РКИ); 2) по крайней мере одно РКИ плюс косвенное доказательство (см. ниже); 3) косвенное доказательство (без РКИ), например, детальные наблюдения; 4) согласованные рекомендации или только совет эксперта (Р.Г.).

<sup>26</sup> в 2006 г. - 100-150 тысяч рублей

<sup>27</sup> Английские родители часто объясняют гиперактивность и плохое поведение реакцией ребенка на «плохие» ингредиенты в рационе. Одна из версий – что причиной являются искусственные добавки в пище, например, красители, ароматизаторы или консерванты. Другая версия – что это вызвано потреблением любой вкусной, но неполезной пищи (“junk” food). Картофельный чипсы – дешевый перекус, популярный среди английских детей; – их считают вкусной, но неполезной пищей, и в них могут содержаться различные искусственные добавки. Поэтому родитель может приписать гиперактивность ребенка тому, что он ест слишком много чипсов (Р.Г.). В России скорее можно ожидать: «Это все от нервов, доктор!» (Е.С.)

<sup>28</sup> Возможно, предъявляемый симптом – боли в животе, но, сосредотачиваясь на боли и на том, как ее уменьшить (например, обращая на нее меньше внимания), можно пропустить тот факт, что боли в животе начались после того, как ребенок подвергся сексуальному насилию, или как реакция на экзаменационный стресс или издевательство в школе. В этом смысле уменьшение количества жалоб на боли в животе будет неверно направленным усилием, если никто не обнаружит сексуальное насилие, экзаменационный стресс или издевательство в школе и не займется этим. У ребенка вместо болей в животе могли развиться псевдоприпадки или тревога при разлуке, поэтому вопрос состоит в том, не уводит ли направленность на предъявляемый симптом от распознавания и лечения «истинной» причины (сексуального насилия, экзаменационного стресса или издевательства в школе) (Р.Г.).

<sup>29</sup> направляемые образы. В трудных социальных ситуациях дети могут становиться напряженными физически и психологически, и это может снизить их способность адекватно реагировать на социальные требования. Один из способов обойти это – обучить детей методам релаксации, например, технике дыхания или мышечной релаксации. Другой способ, подходящий некоторым детям, - суметь вызвать в памяти мирные успокаивающие картины, например, время, когда они расслаблялись на берегу моря, в горах, в саду (Р.Г.).

<sup>30</sup> Когда ребенка берут на воспитание (fostering), родительская ответственность остается у государства (предоставляется непосредственно социальному работнику, который несет основную ответственность за ребенка), но государство платит приемной семье за то, что она присматривает за ребенком у себя дома. С юридической точки зрения такие воспитатели не являются родителями. Некоторые размещения в приемную семью – временные (на несколько дней или недель), тогда как другие делятся годами. За присмотр за «обычными» детьми приемным родителям платят умеренно, а за присмотр за очень трудными детьми – много. Присмотр за очень трудными детьми может оплачиваться так же, как работа. И напротив, когда ребенка усыновляют (adoption), усыновители обладают полной юридической ответственностью за ребенка и не получают платы за то, что присматривают за ребенком (Р.Г.).

<sup>31</sup> Воспитание в приемной семье и усыновление. В России существует несколько форм устройства ребёнка в семью: усыновление, опека, патронат и приемная семья. Правовую основу для усыновления ребенка устанавливает глава 29 Гражданского Процессуального Кодекса РФ. Имеется Положение о приемной семье 1996 г. и [Федеральный закон](#) о дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей 1996 г. Кроме того, существуют детские дома семейного типа (постановление 2001 г.), а также образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (постановление 1995 г.).

<sup>32</sup> экзамены на сертификат о среднем образовании (General Certificate of Secondary Education, GCSE) - сдаются в 16 лет, когда молодые люди впервые могут покинуть школу (хотя многие остаются учиться еще на два года, а некоторые затем идут в университет или колледж). Эти экзамены завершают этап обязательного среднего образования, и считается, что пять и более оценок А-С – хороший результат. Оценки А-С – разумный проходной балл, и ученики часто сдают 8-10 экзаменов GCSEs. Так, 16-летний молодой человек может выбрать английский, математику, биологию, химию, физику, французский, историю, музыку и искусство (Р.Г.).

<sup>33</sup> Если ребенок очень трудный, и родителям (одному или обоим), чтобы присматривать за ребенком, придется оставить работу, тогда часто бывает тяжело найти усыновителей, потому что они не могут себе позволить оставаться без заработка. И, напротив, может быть проще найти «профессиональных» приемных родителей, которые будут это делать, потому что за это им много платит государство (т.к. до сих пор часто это оказывается дешевле, чем содержать ребенка в учреждении с высокой интенсивностью, а ребенку полезны большая непрерывность ухода, меньший риск плохого обращения и более семейная атмосфера (Р.Г.).

<sup>34</sup> merit good - общепринятый экономический термин. Согласно определению традиционных экономистов, «чисто» рыночные товары интересуют только покупателя и продавца, и не влияют ни на кого другого. Я покупаю яблоко, и продавцу хорошо продать, а мне – купить, но остальному миру неважно, что эта сделка состоялась. Однако у некоторых сделок имеются так называемые «внешние» эффекты – воздействие на благополучие индивидов помимо покупателя и продавца. Эти «внешние» эффекты могут быть отрицательными (например, загрязнение окружающей среды в процессе изготовления или использования товара) или положительными (например, если я вылечу ваш туберкулез, это выгодно всему остальному миру, поскольку никто от вас не заразится и никому не придется из своих налогов оплачивать ваши больничные листы, полученные в результате продолжающегося туберкулеза). Общественное благо – это товар (или услуга) с положительными «внешними» эффектами. Правительствам имеет смысл субсидировать общественные блага или предоставлять их (и облагать налогом или запрещать общественное зло с отрицательными «внешними» эффектами) (Р.Г.).

## УКАЗАТЕЛЬ

*Номера страниц, указанные курсивом, относятся к таблицам и вставкам*

ABC анализ, гл. 35: 239, 238  
ABCD классификация, гл. 28: 191–6, 191  
автономия, гл. 22: 140  
агорафобия, начало, гл. 3: 40  
агрессивное поведение, гл. 1: 9  
    при аутизме, гл. 4: 45  
    лечение, когнитивная терапия, гл. 36: 246–7  
    и отвергание сверстниками, гл. 31: 214–7  
    и теория привязанности, гл. 28: 195–6  
    см. также расстройства поведения  
адаптации расстройство см. приспособления  
расстройство  
адренолейкодистрофия, гл. 4: 46  
аномалии половых хромосом, гл. 24: 167  
анти-эпилептические препараты, гл. 10: 87, 88,  
    гл. 34: 235  
антисоциальное поведение, гл. 1: 9, гл. 6: 57,  
    гл. 7: 70  
    см. также расстройства поведения;  
        преступность; подростковая  
        делинквентность  
антихолинергическая терапия, гл. 17: 118  
Аспергера синдром, гл. 4: 46  
    и недостаточная обучаемость, 45  
аутистического спектра расстройства (autistic spectrum disorders), гл. 4: 43–50  
    лечение, 49  
    начало и распространенность, гл. 3: 40, 41,  
        43–4  
    прогноз и устойчивость, 49–50  
    характерные признаки и сопутствующие  
        проблемы, 43–7, 50, гл. 5: 53, гл. 26: 179,  
        180  
    стереотипии, гл. 14: 104  
    привязанности расстройства, гл. 16: 110  
    и обсессивно-компульсивное  
        расстройство, гл. 13: 100  
    шизофрения, гл. 22: 146  
    этиология и патогенез, 47–8  
        и внутриутробная краснуха, гл. 24: 170

барбитураты, и гиперактивность, гл. 5: 54  
Баттена болезнь (Batten disease), гл. 4: 46–7  
БДГ сон (REM sleep), гл. 19: 122, 123, прим.: 334  
бензодиазепины, гл. 34: 235  
    гиперактивность, гл. 5: 54  
расстройства сна, гл. 19: 127  
тревожные расстройства, гл. 9: 81

биполярные расстройства, гл. 10: 87–8  
близнецовые исследования, гл. 3: 37, 40,  
    гл. 29: 198–9, 200, 201–2  
гиперактивность, гл. 5: 54, гл. 29: 202  
нервная анорексия, гл. 22: 147  
расстройства поведения, гл. 6: 61–2  
тревожные расстройства, гл. 3: 78  
элективный мутизм, гл. 15: 107  
Боулби Джон (Bowlby John), гл. 9: 78, гл. 12: 98,  
    гл. 28: 189–91  
бред (delusions), гл. 10: 88  
Британская Шкала способностей (British Ability Scale, BAS-II), гл. 24: 168  
бупроприон (bupropion), и гиперактивность,  
    гл. 5: 55

Вайнлэнд тест (Vineland test), гл. 24: 168  
Векслера шкала интеллекта для детей (Weschler Intelligence Scale for Children), гл. 24: 168  
веса измерение (weight measurement), оценка,  
    гл. 1: 21  
вины (guilt), гл. 1: 14  
и плохое обращение, гл. 23: 161–2  
в подростковом возрасте, гл. 10: 85  
и сексуальное насилие, гл. 23: 159  
ВИЧ энцефалопатия (HIV encephalopathy), гл.  
    25: 175–6  
влияния критерии (impact criteria), гл. 1: 12  
вмешательства принципы, гл. 32  
    вовлечение семей, 218–9  
    выбор подходов к лечению, 221–3  
    мониторирование результатов и  
        видоизменение, 223  
    сложные проблемы, 220  
    и эффективности исследования, 221  
внезапной младенческой смерти синдром,  
    СВМС (sudden infant death syndrome, SIDS),  
    гл. 23: 152  
внимание (attention), гл. 5: 52  
внимания расстройства, гл. 1: 9  
    у дошкольников, гл. 21: 137  
    см. также гиперактивность; гиперкинез  
воздействием терапия (exposure therapies) см.  
    ступенчатое воздействие  
вознаграждения (rewards), гл. 35: 242  
воспитание в приемной семье (fostering), гл. 38:  
    267  
    см. также дети на попечении  
врожденные синдромы (congenital syndromes)  
    ломкой X-хромосомы синдром, гл. 1: 22, гл.  
        4: 47  
    Сотоса синдром, гл. 1: 22

врожденные синдромы (*продолжение*)  
 фетальный алкогольный синдром, гл. 1: 22, гл. 24: 170  
 и психиатрические нарушения, гл. 3: 40  
 вторичное предупреждение (secondary prevention), гл. 33: 225  
 вызывающее оппозиционное поведение (defiant behaviour), гл. 1: 9, гл. 6: 57, 58, 58  
*см. также* оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР)  
 галлюцинации (hallucinations), гл. 10: 88  
 галоперидол (haloperidol), гл. 14: 105, гл. 22: 145–6  
 Геллера синдром (Heller), гл. 4: 47  
 гематоэнцефалический барьер, гл. 34: 231–2  
 генерализованное тревожное расстройство, 81–2  
*см. также* тревожные расстройства  
 генерализованные трудности при обучении (generalised learning difficulties), гл. 24: 165–72  
 классификация и диагноз, 165–6, 166, 167–8  
 лечение, 171–2  
 предупреждение, 168–9  
 и психические расстройства, гл. 3: 40, гл. 24: 169–72  
 аутизм, гл. 4: 46, 47–8, гл. 24: 171  
 гиперактивность, гл. 5: 54, гл. 24: 170  
 Леша-Найхана синдром, 170  
 Прадера-Уилли синдром, 170  
 самоповреждение, 170  
 распространенность, 165–6  
 этиология и факторы риска, гл. 2: 29–30, 30, гл. 24: 165–7, 170  
 генетика поведения, гл. 29: 199, 201–3  
*см. также* генетические факторы; спор «природа или воспитание»  
 генетические факторы (genetic factors), 199, 201–203  
 аутизм, гл. 4: 48  
 влияние среды, гл. 29: 200–4  
 гиперактивность, гл. 5: 54  
 нервная анорексия, гл. 22: 147  
 и обсессивно-компульсивное расстройство, гл. 13: 101  
 оценка, обсуждение, гл. 1: 12–13  
 подростковая делинквентность, гл. 7: 69  
 расстройства поведения, гл. 6: 61–2  
 Туретта синдром и тикозные расстройства, гл. 14: 104  
 шизофрения, гл. 22: 145  
*см. также* спор «природа или воспитание»  
 Гентингтона болезнь (Huntington disease), гл. 4: 46–7  
 гетеротипичные расстройства (heterotypic), гл. 3: 39

гиперактивность (hyperactivity), гл. 5: 51–6  
 вопросы классификации и распознавания, гл. 1: 20, гл. 2: 29, гл. 3: 38, гл. 5: 54  
 аутизм, гл. 4: 45, 53  
 расстройства поведения, гл. 6: 59, 60, 61  
 Туретта синдром, гл. 14: 104  
 лечение, 54–6  
 диета, 56, гл. 34: 236  
 медикаментозное лечение, 55–6, гл. 34: 232–3  
 образование, 54–5  
 психологическая терапия, 55, гл. 36: 247  
 начало и распространенность, гл. 3: 34–36, 38, 39, 40, гл. 5: 51–2, гл. 21: 137–8  
 оценка, 52  
 прогноз и устойчивость, 56  
 характерные признаки и сопутствующие проблемы, 51–3  
 этиология и факторы риска, 54, гл. 29: 202, гл. 34: 236  
 гиперкинез (hyperkinesis), гл. 3: 38, гл. 5: 51  
 и мания, гл. 10: 88  
 и привязанности расстройства, гл. 16: 110, 111  
*см. также* гиперактивность  
 гиперкоррекция (over correction), гл. 35: 241–242  
 гиперфагическая низкорослость (hyperphagic short stature), гл. 23: 152–3  
 глухота (deafness), гл. 4: 47  
 гнев, и теория привязанности, гл. 28: 190  
 гомеостаз, гл. 37: 253  
 гомотипичные расстройства (homotypic), гл. 3: 39  
 горе (grief), гл. 36: 248  
 госпитализация, гл. 30: 207  
 групповое лечение (group treatments), и нервная анорексия, гл. 22: 148  
 грусть (sadness), гл. 10: 84, 86  
 Дауна синдром (Down), гл. 24: 167  
 двигательная активность (motor activity), оценка, гл. 5: 52  
 «двойная депрессия», гл. 10: 87  
 дебрифинг (debriefing), гл. 12: 96–7  
 дезинтегративное расстройство (disintegrative disorder), гл. 4: 47  
 дексамфетамин (dexamphetamine), гл. 5: 55  
 деменция (dementia), гл. 25: 175–6  
 депрессия, гл. 10: 81–8  
 лечение, 94–5, гл. 36: 245–6  
 межличностная терапия (МЛТ), гл. 36: 248–9  
 коморбидность и эквивалентность, гл. 3: 38, 85, 86  
 расстройства поведения, гл. 6: 59  
 тревожные расстройства, гл. 9: 78, 82

- депрессия (*продолжение*)  
 начало и распространность, гл. 3: 34–36, 38, 40, 85  
 предупреждения программы, гл. 33: 230  
 прогноз и устойчивость, 87–8  
 характерные признаки и сопутствующие проблемы, 84–5, 86  
 и обсессивно-компульсивное расстройство, гл. 13: 100  
 и отказ от школы, гл. 8: 75, 76, 77  
 и самоповреждение, гл. 11: 89, 90  
 этиология и факторы риска, 86
- депривация (deprivation), и аутистические признаки, гл. 4: 47, 48
- десенситизация (desensitisation), гл. 9: 80, гл. 35: 242
- Десенситизация и переработка движением глаз, ДПДГ (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing, EMDR), гл. 12: 96
- десмопрессин (desmopressin, DDAVP), гл. 17: 117, гл. 34: 233
- деструктивные расстройства поведения (disruptive behaviour disorders), классификационные группировки, гл. 2, 29–30, 29
- дети на попечении (looked-after children), гл. 3: 35, гл. 38: 267–72  
 вмешательства, гл. 38: 271–2  
 оценка, обсуждение, 269  
 и привязанности расстройства, гл. 16: 109–10, 112  
 психопатология, 268–9  
 работа с приемными родителями/усыновителями, 270–2  
 решение о размещении, вопросы, 269–70  
 и самоповреждение, гл. 11: 90
- детские и подростковые службы психического здоровья (child and adolescent mental health services) см. службы
- дефицита внимания синдром (attention-deficit disorder) см. гиперактивность; гиперкинез
- диета, гл. 34: 236  
 гиперактивность, гл. 5: 54, 56, 236  
 расстройства поведения, гл. 6: 64
- дискинезии (dyskinesias)  
 гиперактивность, гл. 5: 53  
 и применение лития, гл. 34: 235  
 тикозные расстройства, гл. 14: 104
- дислексия (dyslexia) см. трудности в чтении
- дистимия (dysthymia), гл. 10: 86  
 прогноз и устойчивость, 87  
 см. также депрессия
- дифференциальное подкрепление (differential reinforcement), гл. 35: 241
- «Дошкольники до школы/ суда», исследования (Preschool to School/Court' studies, Richman et al.), гл. 21: 137–9, 138
- дошкольные проблемы, гл. 21: 137–9  
 лечение, 139  
 прогноз и устойчивость, 137–9, 138  
 см. также энурез; фекальное загрязнение; сна расстройства
- дофаминергические трансмиттерные системы (dopaminergic transmitter systems), и гиперактивность, гл. 5: 54, гл. 34: 232
- DSM-III критерии, гл. 1: 12, гл. 3: 37
- DSM-IV критерии, гл. 2: 28–9, 30–1, 30  
 и распространность, исследования, гл. 3: 37–8
- Дунедин, Новая Зеландия (Dunedin, New Zealand), исследование, гл. 3: 35, 39, гл. 6: 61, 62
- «жертва» ('victim'), характеристики, гл. 31: 214–215
- жестокое обращение (abuse) см. плохое обращение
- жизни события (life events) см. стрессирующие события жизни
- заменное переливание плазмы, терапия (plasma exchange therapy), гл. 13: 101
- застенчивость (shyness), гл. 9: 82  
 и элективный мутизм, гл. 15: 107
- защитные факторы (protective factors), гл. 1: 13, гл. 30: 210–11
- звездные карты (star charts), гл. 9: 81
- злоупотребление алкоголем (alcohol abuse) в подростковом возрасте, гл. 22: 143–4  
 и самоповреждение у детей, гл. 11: 89, 90
- злоупотребление летучими веществами, ЗЛВ (volatile substance abuse, VSA), гл. 11: 89, гл. 22: 144
- злоупотребление наркотиками (drug abuse), гл. 3: 40, гл. 11: 89, гл. 22: 143–4  
 предупреждения программы, гл. 33: 230
- злоупотребление психоактивными веществами (substance abuse), гл. 22: 143–4  
 суицид и самоповреждение, гл. 11: 89
- злоупотребление растворителями (solvent abuse), гл. 3: 40, гл. 11: 89, гл. 22: 144
- игра (play), и последствия плохого обращения, гл. 23: 158
- игровая терапия (play therapy), гл. 36: 250
- идентичность (identity), гл. 22: 141–2  
 и плохое обращение, гл. 23: 158
- избегающее расстройство (avoidant disorder), гл. 9: 82

*см. также* социальное тревожное расстройство изdevательство (bullying), гл. 31: 214–5 изменение стимула (stimulus change), гл. 35: 240 имипрамин (imipramine), гл. 5: 55–6, гл. 17: 117, гл. 34: 233 импульсивность (impulsiveness) при гиперактивности, гл. 5: 51, 52, гл. 6: 61 при расстройствах поведения, гл. 6: 61 ингибиторы мономиноксидазы, ИМАО (monoamine oxidase inhibitors, MAOIs), гл. 34: 234 ингибиторы обратного захвата серотонина *см.* селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, СИОЗ инструментальные методики (operant techniques) тревожные расстройства, гл. 9: 81 и управление сопряженными событиями, гл. 9: 80, 81 энурез, гл. 17: 116–7 интеллектуальности коэффициент, уровень (IQ level) аутизм, гл. 4: 45 генерализованные трудности при обучении, гл. 24: 165–6 навыки чтения, гл. 27: 183 отказ от школы, гл. 8: 75 подростковая делинквентность, гл. 7: 69 расстройства поведения, гл. 6: 59 элективный мутизм, гл. 15: 106

Интервью привязанности взрослых (Adult Attachment Interview, AAI), гл. 28: 192, 194 интервьюирования навыки (interviewing skills), гл. 1 с детьми, 18–9 с родителями, 16–7, гл. 32: 218 с учителями, 20 *см. также* сбор истории болезни исследования (research) эффективности исследования, гл. 32: 221–3, 221, 222, гл. 33: 229–30 эпидемиологические исследования, гл. 3: 32–42 географическое положение, 35, 37 ключевые стадии, 32–3 преимущества и недостатки, 32 история болезни, сбор (history taking), гл. 1: 16–8 карбамазепин (carbamazepine), гл. 10: 87, 88 Качества жизни, КЖ (Quality of Life, QoL) показатели, гл. 33: 228 Кембриджское продолжительное исследование (Cambridge Longitudinal Study), гл. 7: 67, 68 кишечника контроль (bowel control) *см.* фекальное загрязнение; приучение к туалету

Клейнфелтера синдром (Klinefelter), гл. 24: 167 классификация, гл. 2: 25–31 и влияние, гл. 1: 12 вопросы «обозначения», гл. 6: 57, гл. 32: 218–219 диагностические группировки, 29–30 DSM-IV критерии, гл. 1: 12, 28–9, 30–1, 30 МКБ-10 критерии, 28–9, 30–1, 30 значимость для практики, 25 и коморбидность, гл. 3: 38 критерии подтипа, 30 многоосевые схемы, 28, 30–1, 30 сочетания и континуумы, 26, 34, 36 индивидуумов или семей, 28 размерности или категории, 26 цели и задачи, 25 классическое обусловливание (classical conditioning), гл. 9: 78–9 кластерный анализ (cluster analysis), гл. 2: 27 Клейн Мелани (Klein, Melanie), гл. 36: 250 Клейне-Левина синдром (Kleine-Levin), гл. 19: 127 Клерман Джеральд (Klerman, Gerald), гл. 36: 248–9 клозапин (clozapine), гл. 22: 145–6, гл. 34: 234–5 кломипрамин (clomipramine), гл. 13: 101, гл. 34: 233 клонидин (clonidine), гл. 5: 55–6, гл. 14: 105, гл. 34: 233 когнитивная терапия (cognitive therapies), гл. 36: 245–8 агрессия, 246–7 гиперактивность, 247 депрессия, 245–6 нервная анорексия, гл. 22: 148 тревожные расстройства, гл. 9: 80, 81, 82, гл. 36: 246 когнитивно-поведенческая терапия, КПТ (cognitive-behavioural therapy, CBT) депрессия, гл. 10: 87 и обсессивно-компульсивное расстройство, гл. 13: 101 посттравматическое стрессовое расстройство, гл. 12: 96 «козел отпущения», обращение по типу ('scapegoating'), гл. 32: 219 коморбидность (comorbidity), гл. 3: 38 конверсионные расстройства (conversion disorders), гл. 20: 134–5 консультирование (counselling), гл. 36: 249–50 компульсии (compulsions), гл. 13: 99 краткая терапия, направленная на решение (brief solution-focused therapy), гл. 37: 260–261 кристаллизующие факторы (precipitating factors), гл. 1: 13

- культура, гл. 3: 41  
 и привязанность, гл. 28: 192  
 и расстройства поведения, гл. 6: 63
- Ландау-Клеффнера синдром (Landau-Kleffner), гл. 26: 178  
 лечение см. вмешательства принципы
- Леша-Найхана синдром (Lesch-Nyhan), гл. 1: 13, гл. 24: 170
- литий, гл. 34: 235  
 биполярная болезнь, гл. 10: 87–8  
 расстройства поведения, гл. 6: 64
- личности расстройства, и подростковая делинквентность, гл. 7: 70
- лобной доли припадки (frontal lobe seizures), гл. 25: 176
- ломкой X-хромосомы синдром, (fragile X), гл. 1: 22, гл. 4: 47
- мания и гипомания (mania and hypomania), гл. 10: 88  
 медикаментозное лечение (medications) см. фармакотерапия
- международные сравнения, распространенность, гл. 3: 35–6, 37
- межличностная терапия, МЛТ (interpersonal therapy, IPT), гл. 10: 87, гл. 36: 248–9
- мелатонин, гл. 19: 127
- метилфенидат (methylphenidate), гл. 5: 55
- Мilanская системная семейная терапия, гл. 37: 261–4  
 и повествовательный подход (narrative approach), 264
- Минухин, Сальвадор (Minuchin, Salvador), гл. 37: 256–8
- МКБ–10 критерии, гл. 2: 28–9, 30–1, 30
- МКРП, Межличностное когнитивное решение проблем (ICPS, Interpersonal Cognitive Problem Solving), гл. 36: 247–8
- мнений системы (belief systems), родители, гл. 1: 15–6, гл. 32: 218–9
- Многомерное лечение в приемной семье, МЛПС (Multidimensional Treatment Foster Care, MTFC), гл. 7: 72–3
- моделирование (modelling)  
 и тревожные расстройства, гл. 9: 78  
 и самоповреждение, гл. 11: 90, 91
- мозговые нарушения (brain disorders), гл. 25: 173–6  
 лечение, 175  
 прогноз, 175  
 распространенность и сопутствующие состояния, 173, 174  
 связи между мозгом и поведением, 173–6
- молекулярно-генетические исследования, и расстройства поведения, гл. 6: 62
- мотивация (motivation)  
 делинквентность, гл. 7: 70  
 суицид, гл. 11: 90  
 умышленное самоповреждение, гл. 11: 91
- моторные тики (motor tics) см. тикозные расстройства
- моторных навыков развитие (motor skill development), оценка обсуждение, гл. 1: 9–10
- мочевого пузыря контроль см. энурез
- мочевых путей инфекции, ИМП (urinary tract infections, UTIs), гл. 17: 114
- МСТ см. Мультисистемная терапия
- Мультисистемная терапия, МСТ (Multisystemic Therapy, MST), гл. 7: 72, 72
- Мюнхаузена синдром, гл. 23: 152
- наблюдение, методики (observation techniques), гл. 1: 10, 18–9
- направленные программы предупреждения (targeted prevention programmes), гл. 33: 225–6, 226
- направленные на сообщество программы (community-focused programmes), гл. 6: 65
- нарколепсия, гл. 19: 126–7
- насилие (abuse) см. плохое обращение, сексуальное насилие
- наследуемость (heritability), гл. 29: 199
- натрия валпроат (sodium valproate), гл. 10: 87, 88
- неблагополучие (adversity), гл. 30: 206–13
- значение для клиники, 212–3
- обычные стрессоры, 206–10  
 госпитализация, 207  
 развод, 208  
 разлука и потеря, 207–6  
 семейные вопросы, 208–10  
 тяжелая утрата, гл. 12: 98, гл. 30: 207–8  
 совладание и устойчивость, 210–2, гл. 33: 227–8, 228
- нейробиологические исследования
- аутизм, гл. 4: 48  
 гиперактивность, гл. 5: 54  
 депрессия, гл. 10: 86  
 и обсессивно-компульсивные расстройства, гл. 13: 100–1
- подростковая делинквентность, гл. 7: 69
- шизофрения, гл. 22: 145
- Туретта синдром и тикозные расстройства, гл. 14: 104  
 см. также мозговые нарушения
- нейродегенеративные расстройства, с деменцией, гл. 4: 46–7
- нейролептики (neuroleptics), гл. 34: 234–5
- аутизм, гл. 4: 49

нейролептики (*продолжение*)  
генерализованные трудности при обучении, гл. 24: 171–2  
тикозные расстройства и Туретта синдром, гл. 14: 105  
шизофрения, гл. 22: 145  
нейрофиброматоз-1, гл. 1: 23  
ненадежная привязанность (insecure attachment), гл. 16: 110–1, гл. 28: 189–96  
прогноз и устойчивость, 194–6  
см. также привязанности расстройства  
нервная анорексия, гл. 22: 147–8  
диагностические критерии, 147, 147  
и обсессивно-компульсивное расстройство, гл. 13: 100  
лечение, 148, гл. 37: 265  
начало и распространенность, 147, гл. 3: 40  
прогноз и устойчивость, 148  
этиология и факторы риска, 147–8  
нервная булимия, гл. 22: 147–8  
низкий вес при рождении, гл. 25: 173  
ННФР, неорганическое нарушение физического развития (NOFT, non-organic failure to thrive), гл. 23: 152  
норадренергические трансмиттерные системы (noradrenergic transmitter systems), и гиперактивность, гл. 5: 54, гл. 34: 232  
ночные кошмары (nightmares), гл. 19: 126  
и посттравматическое стрессовое расстройство, гл. 12: 95  
ночные ужасы (night terrors), гл. 19: 126  
обозначение (labelling), гл. 6: 57  
и реакции родителей, гл. 32: 218–9  
образовательные программы (educational programmes)  
гиперактивность, гл. 5: 54–5  
навыки в управлении ребенком, гл. 33: 229–30  
отказ от школы, гл. 8: 77  
подростковая делинквентность, гл. 7: 71–3  
предупреждение плохого обращения, гл. 33: 230  
обратная связь от учителей, гл. 1: 10, 20, гл. 12: 94  
обсессивно-компульсивные расстройства (obsessive-compulsive disorders), гл. 13: 99–102  
лечение, 101  
начало и распространенность, гл. 1: 9, гл. 13: 99  
прогноз и устойчивость, 101  
характерные признаки, 99  
и Туретта синдром, гл. 14: 104  
этиология и факторы риска, 100–1  
обсессии (obsessions), гл. 13: 99

обструктивное апноэ во сне (obstructive sleep apnoea), гл. 19: 125–6  
обучение социальным навыкам (social skills training), гл. 30: 212–3, гл. 36: 247–8  
и депрессия, гл. 10: 87  
обучения расстройства (learning disorders) см. генерализованные трудности при обучении оланzapин (olanzapine), гл. 22: 145–6  
оксибутинин (oxybutynin), гл. 17: 118  
оппозиционно-вызывающее расстройство, ОВР (oppositional-defiant disorder, ODD), гл. 6: 58  
отрицательное подкрепление (negative reinforcement), гл. 35: 240  
основы клинического оценивания речи (Clinical Evaluation of Language Fundamentals. CELF), гл. 26: 179  
Остров Уайт (Isle of Wight), исследования, гл. 3: 37, 40, гл. 7: 68, гл. 10: 84, 85, гл. 25: 173–4, гл. 27: 183–4,  
прослеживание (follow-up), гл. 22: 142–3, 142  
острое стрессовое расстройство, гл. 12: 97  
отказ от школы (school refusal), гл. 8: 76–7  
лечение, 76–7  
начало и распространенность, гл. 3: 40, 74  
прогноз и устойчивость, 77  
характерные и сопутствующие признаки, 74–6  
этиология и лежащие в основе состояния, 76  
оценивание (evaluation)  
«бремя заболевания», исследования, гл. 33: 228  
поведенческие программы, гл. 35: 243–4  
семейная терапия, гл. 37: 265  
см. также эффективности исследования; исследования  
Оценивание развития и благополучия (Development and Well-Being Assessment), гл. 3: 33, 36,  
оценка (assessment), процедуры, гл. 1: 8–24  
методики  
интервьюирования навыки, 16–17, 18–19, 20, гл. 32: 218  
мультипрофессиональное участие, 20  
наблюдение, 10, 18–9  
резюме и предъявление, 23–4  
сбор истории болезни, 16–8  
физический осмотр, 20–3, гл. 23: 151–3  
показатели, 20, гл. 3: 33, 36  
и «причинность», 12–4  
точка зрения семьи, 15–6, гл. 32: 218–9  
распознавание симптомов, 8–12  
PANDAS, гл. 13: 101, гл. 14: 104, 105  
панические расстройства, гл. 9: 82  
парасуицид (parasuicide) см. умышленное самоповреждение (УСП); суицид

первичное предупреждение (primary prevention), гл. 33: 225  
печаль (misery), гл. 10: 84, 86  
пимозид (pimozide), гл. 14: 105  
письма навыки (writing skills), оценка, обсуждение, гл. 1: 9–10  
плохое обращение (maltreatment), гл. 23: 150–64  
вмешательство, 161–3  
вопросы раскрытия, гл. 1: 19  
клинические признаки, 151–5  
пренебрежение, 153–4  
привязанности расстройства, гл. 16: 109  
физическое насилие, 151–3  
эмоциональное насилие, гл. 23: 154–5  
межпоколенное насилие, 158–9  
оценка, 160–1  
последствия, 157–9  
правовые соображения, 161–2  
предупреждения программы, гл. 33: 230  
факторы риска, 155–7, 156  
эпидемиология, 150–1  
ПНС (SSP) см. процедура «Незнакомая ситуация»  
поведение (behaviour), гл. 35: 238  
и мозговые нарушения гл. 25: 173–6  
см. также поведенческие программы  
поведения расстройства (conduct disorders), гл. 6: 57–66  
вопросы управления службами, 58  
коморбидность, 55, 59–60, 61  
лечение, 64–5  
начало и распространность, гл. 3: 34–36, 38, 39, 40, 61, 63, 65  
оценивание вмешательства, исследования, гл. 33: 229–30  
оценка и диагноз, гл. 1: 9, 11, 11, гл. 6: 57–61, 63–4  
предупреждение, гл. 33: 229–30  
прогноз и устойчивость, 34, 39, 65–6  
и самоповреждение, гл. 11: 89, 90  
характерные признаки и сопутствующие проблемы, 58–60  
этиология, 61–3  
генетические факторы, 61–2  
дефициты родительского воспитания, 61–62  
конституциональные факторы, 62  
и плохое обращение, гл. 23: 158, 159  
психологические факторы, 62  
среда, вопросы, 61–2, 62–3  
поведенческие программы, (behavioural programmes), гл. 35: 238–44  
вмешательства и методики, гл. 9: 80, 240–2  
исходная теория, 238  
состояния  
аутизм, гл. 4: 49

гиперактивность, гл. 5: 55  
нарушения сна, гл. 19: 125  
нервная анорексия, гл. 22: 148  
отказ от школы, гл. 8: 76–7  
расстройства поведения, гл. 6: 64  
фекальное загрязнение, гл. 18: 119–20  
элективный мутизм, гл. 15: 108  
энурез, гл. 17: 116–7  
определение цели, 239–40  
осуществление, 242–3  
оценивание, 243–4  
оценка, 238–9  
поддерживающие факторы (perpetuating factors), гл. 1: 13  
подростковая делинквентность (juvenile delinquency), гл. 7: 67–73  
ведение, 71–3  
Многомерное лечение в приемной семье (МЛПС), 72–3  
Мультисистемная терапия (MCT), 72, 72  
функциональная семейная терапия (Alexander), 72  
начало и распространность, гл. 3: 40, гл. 7: 67–8  
прогноз и устойчивость, 70–1, 71  
оценка, 70–1, 71  
семейные факторы, 67–9  
характеристики и сопутствующие проблемы, 67, 68–70  
этиология и факторы риска, 69–70, 71  
подростковый возраст (adolescence), гл. 22: 140–149  
ключевые признаки, 140–2  
психические расстройства, 142–3  
 злоупотребление психоактивными веществами, 143–4  
нервная анорексия, 147–8  
нервная булимия, 148–9  
шизофрения, 144–7, 146  
пол (gender), и исследования встречаемости, гл. 3: 39, 39  
положительное подкрепление (positive reinforcement), гл. 35: 240  
порядок рождения, гл. 30: 209–10  
посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР (post traumatic stress disorder, PTSD), гл. 9: 78, 79, гл. 12: 94–7  
лечение, 96–7  
предупреждение, 97  
правовые соображения (legal considerations)  
недостаточная обучаемость и образование, гл. 24: 169  
плохое обращение, гл. 23: 161–2  
Прадера-Уилли синдром (Prader-Willi), гл. 24: 170

предписанные программы предупреждения (indicated prevention programmes), гл. 33: 226

предрасполагающие факторы (predisposing factors), гл. 1: 13

предупреждение (prevention), гл. 33: 225–30

выигрыш для здоровья, гл. 33: 229

осуществимость, 226–7

факторы риска и защиты, гл. 1: 12–4, гл. 29: 204, гл. 30: 210–11, гл. 33: 227–8, 228

устойчивость, гл. 12: 96, гл. 23: 158, гл. 30: 210–2, гл. 33: 228

пренебрежение (neglect), гл. 23: 153–4

препараты (drugs) см. фармакотерапия

преступность (criminality), гл. 7: 69

генетические или средовые факторы, гл. 7: 69, гл. 29: 203–4, 204

и устойчивость, гл. 33: 227–8, 228

привязанности расстройства, гл. 16: 109–12

ведение, 112

классификация и дифференциальный диагноз 109, 110–1

и тяжелая утрата, гл. 12: 98

оценка, обсуждение, гл. 1: 10, 111–2

прогноз и устойчивость, 112

типы, 109

привязанности теория (attachment theory), гл. 28: 189–91

приемных детей исследования (adoption studies), гл. 29: 203–4, 204

припадки (seizures) см. эпилепсия

«природа или воспитание», спор (nature v. nurture debate), гл. 29: 197–205

взаимодействия (гены и среда), 203–4

генетическое влияние, 200, 199

связь и причинность, 197–8

среда, разделенная/неразделенная (environments, shared/non-shared), 198–9, 199, 201, 202

приспособления расстройство (adjustment disorder), гл. 6: 60, гл. 10: 86, гл. 12: 97, прим.: 333

прогноз и устойчивость, гл. 10: 87

см. также депрессия

приучение к туалету (toilet training), гл. 17: 114, гл. 18: 120

причинность (causality), гл. 29: 197–8, гл. 37: 252

причуды в еде (food fads), и аутизм, гл. 4: 45

прогулы (truancy), гл. 8: 75–6

см. также отказ от школы

Процедура «Незнакомая ситуация», ПНС (Strange Situation Procedure, SSP), гл. 28: 191–4, 191

психодинамические подходы (psychodynamic approaches), гл. 36: 250

тревожные расстройства, гл. 9: 78

психоз, и отказ от школы, гл. 8: 76

психологическая терапия (psychological therapies), эффективности исследования, гл. 32: 221–3, , 222

психометрическая оценка, гл. 1: 14

и генерализованные трудности при обучении, гл. 24: 167–8

психопатия, гл. 7: 70

психопатология (psychopathology) и суицид, гл. 11: 89

и умышленное самоповреждение, гл. 11: 90

психосоматика (psychosomatics), гл. 20: 128–36

ведение и лечение, 130–2

этиология и общие принципы, 128–32

внешние стрессоры, 132

континуумы здоровье/болезнь, 129–3

маскировка других проблем, 129

психиатрическая коморбидность, 129

семейные вопросы, 131–2

темперамент, 131

см. также хронической усталости синдром; конверсионные расстройства; рецидивирующие боли в животе; «соматические эквиваленты» симптомов психосоциального функционирования

показатели, гл. 33: 228

психотерапия (psychotherapy), гл. 36: 249–50

расстройств поведения, гл. 6: 64

психотропное медикаментозное лечение, и аутизм, гл. 4: 49

«разбитый дом», и самоповреждение, гл. 11: 89, 90

развития задержки (developmental delays), гл. 1: 9

и плохое обращение, гл. 23: 158

развития расстройства (developmental disorders), гл. 2: 29–30, 29

см. также генерализованные трудности при обучении

развод (divorce), гл. 30: 208, гл. 36: 249

разлука и потеря (separation and loss), гл. 28: 189–90, гл. 30: 207–6

рандомизированные контролируемые испытания (randomised controlled trials), расстройства поведения, гл. 33: 229–30

распространенности исследования, гл. 3: 36, 37–38

исторические перспективы, 41

международные сравнения, 35–6, 37

межкультурные различия, 41

половые различия, 39, 39

расторможенное расстройство привязанности (disinhibited attachment disorder), гл. 1: 11

- ревматическая лихорадка (rheumatic fever), и обсессивно-компульсивные расстройства, гл. 13: 101
- результатов исследования (outcome studies), гл. 33: 228, гл. 35: 244
- обеспечение обслуживания, гл. 39: 279
- обучение социальным навыкам решения проблем, гл. 36: 247–8
- семейная терапия, гл. 37: 265
- релаксационная терапия (relaxation therapies)
- и депрессия, гл. 10: 87
  - и посттравматическое стрессовое расстройство, гл. 12: 96
- Ретта синдром (Rett), гл. 4: 46
- рецидивирующие боли в животе, РБЖ (recurrent abdominal pain, RAP), гл. 20: 132–3
- речевая терапия (speech therapy), гл. 15: 108, гл. 26: 179
- речевого развития расстройства (language development disorders), гл. 26: 177–81
- вмешательства, 179
- оценка, обсуждение, гл. 1: 9–10, гл. 26: 178–9
- прогноз, 179
- психиатрические и личностные проблемы
- аутизм, гл. 4: 44, 45, 50, гл. 26: 179, 180
  - элективный мутизм, гл. 15: 106
- речь (language), гл. 26: 177
- риска факторы (risk factors), гл. 1: 12–4, гл. 24–31
- прогноз и генетическая предрасположенность, гл. 29: 204
- совокупные проблемы, гл. 30: 210
- см. также* «природа или воспитание», спор
- рисперидон (risperidone), гл. 14: 105, гл. 22: 145–146
- ритмических движений расстройство (rhythmic movement disorder), гл. 19: 126
- родители (parents)
- отношение к лечению, гл. 1: 14, гл. 32: 218–9
  - психического здоровья проблемы, гл. 30: 209
  - и развод, гл. 30: 208
  - как со-психотерапевты, гл. 9: 80
  - усыновители/приемные (adoptive/foster), гл. 38: 270–2
- см. также* родительское воспитание
- родительское воспитание (parenting)
- и аутизм, гл. 4: 48
  - и отказ от школы, гл. 8: 74, 75
  - и подростковая делинквентность, гл. 7: 69
  - и привязанности расстройства, гл. 16: 110, 112, гл. 30: 212
  - и психосоматические расстройства, гл. 20: 131
  - и расстройства поведения, гл. 6: 62–3
  - и самоповреждение, гл. 11: 89, 90
  - и тревожные расстройства, гл. 9: 78
- и тревожное расстройство в связи с разлукой, гл. 9: 80
- образовательные программы
- навыки в управлении ребенком, гл. 33: 229–30
  - отказ от школы, гл. 8: 76–7
  - подростковая делинквентность, гл. 7: 71–3
  - предупреждение плохого обращения, гл. 33: 230
- роста измерение (growth measurement), оценка, гл. 1: 21
- роста расстройства (growth disorders), и плохое обращение, гл. 23: 152–3
- руминации (ruminations), гл. 13: 101
- самоповреждение (self-harm)
- и аутизм, гл. 4: 45
  - и генерализованные трудности при обучении, гл. 24: 170
  - лечение, гл. 24: 171
  - см. также* умышленное самоповреждение (УСП)
- самоубийство *см.* суицид
- сверстников взаимоотношения (peer relationships), гл. 31: 214–7
- и гиперактивность, гл. 5: 52
- и депрессия, гл. 10: 86
- оценка, обсуждение, гл. 1: 10, 20
- и плохое обращение, гл. 23: 158
- и подростковая делинквентность, гл. 7: 70
- и расстройства поведения, гл. 6: 59–60
- и самоповреждение, гл. 11: 91
- и теория привязанности, гл. 28: 195–6
- свинца воздействие (lead exposure), и гиперактивность, гл. 5: 54
- «связь» ('association'), гл. 29: 197–8
- сексуальное насилие (sex abuse), гл. 23: 155
- и нервная анорексия, гл. 22: 147–8
- последствия, 159
- и расстройства поведения, гл. 6: 63
- и самоповреждение, гл. 11: 90
- факторы риска, 155–7
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, СИОЗС (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs), гл. 4: 49, гл. 32: 221
- и депрессия, гл. 8: 77, гл. 10: 87
- и нервная булимия, гл. 22: 149
- и обсессивно-компульсивные расстройства, гл. 13: 101
- и самоповреждения поведение, гл. 11: 92
- и тревожные расстройства, гл. 9: 81, 82
- и элективный мутизм, гл. 15: 108
- семантически- pragmaticальное расстройство (semantic-pragmatic disorder), гл. 26: 178

- семейная терапия, гл. 37: 252–66  
 общие соображения, 253–4  
 оценивание, гл. 37: 265  
 происхождение, 252–3  
 состояния  
     нервная анорексия, гл. 22: 147–8, 265  
     подростковая делинквентность, гл. 7: 71–3, 72 75–6, 76  
     психосоматические расстройства, гл. 20: 132, 133–5  
     расстройства поведения, гл. 6: 64–5  
     самоповреждение, гл. 11: 92  
     шизофрения, гл. 22: 146  
 типы, 254–64  
     Миланская системная СТ, 261–4  
     стратегическая СТ, 258–60  
     структурная СТ, 256–8
- семейное происхождение (family background), гл. 37: 252–3, 254  
 вмешательство, обсуждение, гл. 32: 218–9  
 оценка – обсуждение  
     мнения и ценности, гл. 1: 15–16, гл. 32: 218–9  
     навыки интервью и наблюдения, гл. 1: 16–18, гл. 37: 253–4  
 разлад (discord), гл. 30: 208–9  
 размер, гл. 30: 209–10
- Семьи и школы вместе (Families and Schools Together, FASTrack) – проект, гл. 33: 229
- Сиденгама хорея (Sydenham chorea), гл. 25: 174  
 и обсессивно-компульсивные расстройства, гл. 13: 101
- Сильные стороны и трудности, опросник (Strengths and Difficulties Questionnaire), гл. 1: 20, гл. 3: 33, 36, гл. 33: 226
- системная терапия (systemic therapies)  
 при подростковой делинквентности, гл. 7: 72, 72  
     см. также семейная терапия
- ситуационные расстройства, гл. 2: 26
- скрининг (screening), гл. 33: 225, 226  
 опросники (questionnaires), гл. 1: 20, гл. 3: 33, 36, гл. 33: 226  
 расстройства поведения, гл. 33: 229
- службы (services), гл. 39: 273–80  
 бюджетные соображения и рентабельность, 275–9  
 вопросы разграничения, 275  
 оценивание, 279  
 недостатки в обеспечении, гл. 3: 38  
 планирование, 273–4  
 широта охвата, 274–5
- службы психического здоровья (mental health services) см. службы
- сна расстройства, гл. 19: 122–7  
 классификация и характеристики, 125–7
- Клейне-Левина синдром, 127  
 нарколепсия, 126–7  
 ночные ужасы, 126  
 обструктивное апноэ во сне, 125–6  
 расстройство ритмических движений, 126  
 сугубого цикла сна-бодрствования  
     расстройство, 125  
 лечение  
     медикаментозное лечение, 127  
     модификация поведения, 124  
     поведенческие программы, 125  
 нормальный сон, 122, 123  
 распространенность, 122  
 снотворные (hypnotics), гл. 5: 54, гл. 9: 81, гл. 19: 127  
 снохождение (sleepwalking), гл. 19: 126  
 совладания механизмы (coping mechanisms), гл. 30: 210–2  
     см. также устойчивость  
 «соматические эквиваленты» симптомов, гл. 1: 9  
 депрессия, гл. 10: 85  
 отказ от школы, гл. 8: 74  
 тревожные расстройства, гл. 9: 80, 81, 82  
     см. также психосоматика  
 со-психотерапевты (co-therapists), гл. 9: 80  
 Сотоса синдром (Sotos syndrome), гл. 1: 22  
 социализированное расстройство поведения (socialised conduct disorder), гл. 1: 11  
     см. также расстройства поведения  
 социальная фобия, гл. 9: 82  
     и элективный мутизм, гл. 15: 106  
 социальное тревожное расстройство, гл. 9: 82  
     и элективный мутизм, гл. 15: 106  
 социально-экономическое положение (socio-economic status)  
     и аутизм, гл. 4: 43  
     и гиперактивность, гл. 5: 51  
     и мозговые нарушения, гл. 25: 173  
     см. также спор «природа или воспитание»  
 социальные нарушения (social impairment)  
     и аутизм, гл. 4: 43  
     как показатель влияния, гл. 1: 12  
     и расстройства приспособления, гл. 12: 97  
 социальные отношения (social relatedness)  
     и гиперактивность, гл. 5: 52  
     оценка, обсуждение, гл. 1: 10  
     и расстройства поведения, гл. 6: 59–60  
 специфические фобии см. фобии  
 средовые факторы (environmental factors), гл. 1: 13, гл. 29: 198–201 гл. 30: 211  
     см. также спор «природа или воспитание»; социально-экономическое положение  
 Стерджа-Вебера синдром (Sturge-Weber), гл. 1: 23

- стимуляторы (stimulants), гл. 34: 232–3
- генерализованные трудности при обучении, гл. 24: 172
  - гиперактивность, гл. 5: 55, гл. 24: 172
  - расстройства поведения, гл. 6: 64
- «стоимость заболевания», исследования ('cost of illness' studies), гл. 33: 228
- стратегическая семейная терапия, гл. 37: 258–60, 260
- методики, 260–1
  - и терапия, направленная на решение, 260–1
- страхи (fears) см. тревожные расстройства; фобии
- стрептококковые инфекции, и обсессивно-компульсивные расстройства, гл. 13: 101, гл. 14: 105
- стрессирующие события жизни (stressful life events), гл. 12: 97–8, гл. 30: 207–9
- и энурез, гл. 17: 114
  - см. также неблагополучие
- стрессовые расстройства (stress disorders), гл. 12: 94–8
- посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), гл. 9: 78, 79, гл. 12: 94–7
  - и тяжелая утрата, 98
- структурная семейная терапия, гл. 37: 256–8, 257
- ступенчатое воздействие (graded exposure), гл. 12: 96
- суицид (suicide), гл. 11: 89–90
- превентивное лечение, 92
  - распространенность, гл. 3: 39–40, гл. 11: 89, 90
  - этиология и факторы риска, гл. 10: 85, гл. 11: 90
  - см. также умышленное самоповреждение
- сульпирид (sulpiride), гл. 14: 105
- сугубого цикла сна-бодрствования расстройство (circadian sleep-wake cycle disorder), гл. 19: 125
- тайм-аут (time out), гл. 35: 241
- теменной доли повреждения (temporal lobe lesions), гл. 25: 174
- темперамент (temperament)
- и тревожные расстройства, гл. 9: 79
  - и элективный мутизм, гл. 15: 107–8
- «Теория Разума» ('Theory of Mind'), и аутизм, гл. 4: 48–9
- терапия, направленная на решение (solution-focused therapy), гл. 37: 260–1
- терапия решения проблем (problem-solving therapies), гл. 30: 213, гл. 36: 247–8
- и расстройства поведения, гл. 6: 64
- Тернера синдром (Turner), гл. 24: 167
- тикоzные расстройства, гл. 14: 103
- и обсессивно-компульсивное расстройство, гл. 13: 100, гл. 14: 104
  - фармакотерапия, гл. 34: 233
  - см. также Туретта синдром
- травмы головы (head injuries), гл. 25: 174, 176
- тревога в связи с разлукой (separation anxiety), гл. 9: 80–1
- начало и распространенность, гл. 3: 40, 80
  - прогноз и устойчивость, 81
  - характерные признаки, 80
  - и отказ от школы, гл. 8: 76
  - этиология, 80
- тревожные расстройства, гл. 9: 78–83
- коморбидность, гл. 3: 38
  - лечение
  - когнитивная терапия, 80, 81, 82, гл. 36: 246
  - фармакотерапия, 81, 82
  - оценка, обсуждение, гл. 1: 9, 12, 13, 20
  - распространенность, гл. 3: 34–36, 38, 78
  - предупреждения программы, гл. 33: 230
  - прогноз, 79
  - типы, 79
  - генерализованное тревожное расстройство, 81–2
  - специфические фобии, гл. 3: 40, гл. 4: 45, гл. 8: 76, 79–80
  - и соматические состояния, гл. 20: 128–9
  - тревога в связи с разлукой, гл. 3: 40, гл. 8: 76, 80–1
  - этиология и факторы риска, 78–9
- трициклические антидепрессанты (tricyclic antidepressants), гл. 34: 233
- и гиперактивность, гл. 5: 55–6
  - и депрессия, гл. 10: 87, гл. 32: 221
  - тикоzные расстройства и Туретта синдром, гл. 14: 105
  - и тревожные расстройства, гл. 9: 81
  - и энурез, гл. 17: 117–8
- трудности в чтении (reading difficulties), гл. 1: 9–10, гл. 27: 182–8
- вмешательства, 186–7
  - дислексия развития, 185
  - отставание в чтении (backwards reading), 184–185
  - прогноз, 187
  - происхождение и классификация, 182–3, 183
  - психиатрические проблемы, гл. 6: 59, гл. 27: 187
  - сопутствующие признаки, 184
  - эпидемиология и причины, 183–4, 185–6
- туберозный склероз (tuberous sclerosis), гл. 1: 22–3
- Туретта синдром (Tourette), гл. 14: 103–5
- лечение, 104–5, гл. 34: 233
  - оценка, обсуждение, гл. 1: 13

Туретта синдром (*продолжение*)  
прогноз и устойчивость, 105  
характерные признаки и диагноз, 103–4  
и обсессивно-компульсивное  
расстройство, гл. 13: 100, гл. 14: 104  
этиология, 104  
тяжелая утрата (bereavement), гл. 12: 98, гл. 30:  
207–8

угашение (extinction), гл. 35: 241–1  
умышленное самоповреждение, УСП  
(deliberate self-harm, DSH), гл. 11: 90–3  
лечение гл. 25: 171  
этиология и факторы риска, 90–1  
мотивация и кристаллизующие факторы,  
91  
начало и распространенность, гл. 3: 40, 89, 90  
оценка и характерные признаки, 91–2, 92  
прогноз и устойчивость, 93  
универсальные программы предупреждения  
(universal prevention programmes), гл. 33: 225  
управление сопряженными событиями  
(contingency management), гл. 9: 80  
устойчивость (persistence), гл. 3: 39  
устойчивость (resilience), гл. 30: 210–2, гл. 33:  
227–8, 228  
и плохое обращение, гл. 23: 158  
и посттравматическое стрессовое  
расстройство, гл. 12: 96  
устойчивые расстройства развития (pervasive  
development disorders), гл. 4: 43, гл. 31: 215  
*см. также* аутистического спектра  
расстройства  
усыновление (adoption), гл. 38: 267–8  
*см. также* дети на попечении  
учебные достижения (educational attainments),  
гл. 1: 10  
расстройства поведения, гл. 6: 59  
расстройства речи, гл. 26: 180

факторный анализ (factor analysis), гл. 2: 27  
фармакодинамика, гл. 34: 232  
фармакокинетика, гл. 34: 231–2, 232  
фармакотерапия (pharmacotherapy), гл. 34: 231–5  
группы препаратов (drug groups)  
анти-эпилептические препараты, гл. 10:  
87, 88, гл. 34: 235  
бензодиазепины и легкие  
транквилизаторы, гл. 5: 54, гл. 9: 81, гл.  
19: 127, гл. 34: 235  
ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО),  
гл. 34: 234  
клонидин, гл. 5: 55–6, гл. 14: 105, гл. 34:  
233  
литий, гл. 6: 64, гл. 10: 87, 88, гл. 34: 235

нейролептики, гл. 4: 49, гл. 14: 105, гл. 22:  
145–6, гл. 24: 171–2, гл. 34: 234–5  
селективные ингибиторы обратного  
захвата серотонина (СИОЗС), гл. 4: 48,  
гл. 8: 77, гл. 9: 81–2, гл. 10: 85, гл. 11:  
92, гл. 13: 101, гл. 15: 108, гл. 22: 149,  
гл. 32: 221, гл. 34: 234  
стимуляторы, гл. 5: 55, гл. 6: 64, гл. 24:  
172, гл. 34: 232–3  
трициклические антидепрессанты, гл. 5:  
55–6, гл. 9: 81, гл. 10: 85, гл. 14: 105, гл.  
17: 117–8, гл. 32: 221, гл. 34: 233  
состояния  
аутизм, гл. 4: 49  
генерализованные трудности при  
обучении, гл. 24: 171–2  
гиперактивность, гл. 5: 55–6, гл. 34: 232–3  
депрессия, гл. 10: 87  
мания, гл. 10: 88  
обсессивно-компульсивное расстройство,  
гл. 13: 101  
отказ от школы, гл. 8: 77  
расстройства поведения, гл. 6: 59–64  
тревожные расстройства, гл. 9: 81, 82  
Туретта синдром, гл. 14: 105  
шизофрения, гл. 22: 145  
и элективный мутизм, гл. 15: 108  
энурез, гл. 17: 117–118  
Фейнгольда диета (Feingold diet), гл. 34: 236  
фекальное загрязнение (faecal soiling), гл. 1: 10,  
гл. 18: 119–21  
классификация, 119  
вызванная стрессом потеря контроля, 120  
запор с переполнением (constipation with  
overflow), 119–20  
неудачное приучение к туалету, 120  
провокационное загрязнение (provocative  
soiling), 120–1  
фобия туалета, 120  
сопутствующие расстройства, 121  
прогноз и устойчивость, 121  
фетальный алкогольный синдром, гл. 1: 22  
и гиперактивность, гл. 24: 170  
физический осмотр (physical examinations), гл. 1:  
13–4, 20–3  
и подозрение на насилие, гл. 23: 151–3  
физического развития нарушение (failure to  
thrive) *см.* ННФР (неорганическое нарушение  
физического развития)  
флюоксетин (fluoxetine), гл. 10: 85, гл. 22: 149,  
гл. 34: 234  
фобии (phobias), гл. 9: 79–80  
и аутизм, гл. 4: 45  
лечение, 80  
начало и распространенность, гл. 3: 40, 79  
прогноз и устойчивость, 79–80

- фобии (*продолжение*)  
  характерные признаки, 79  
    и отказ от школы, гл. 8: 76  
    и социальная фобия, гл. 9: 82  
фобии животных, гл. 9: 79  
формулировка диагноза, гл. 1: 23–4  
  обозначение, гл. 6: 57  
  и реакции родителей, гл. 32: 218–9  
  см. также классификация  
Форт Брэгг, проект (Fort Bragg project), гл. 39: 276  
Фрейд, Анна (Freud, Anna), гл. 12: 98, гл. 36: 250
- Хантера синдром (Hunter), гл. 24: 167  
Хенгеллер Скотт (Henggler, Scott), гл. 7: 72, 72  
хирургия (surgery), гл. 34: 237  
хлорпромазин (chlorpromazine), гл. 22: 145  
хронической усталости синдром, СХУ (chronic fatigue syndrome, CFS), гл. 20: 134
- цена реакции (response cost), гл. 35: 241  
«церебральный гигантизм», гл. 1: 22  
церебральный паралич (cerebral palsy) см.  
  мозговые нарушения
- шизофрения, гл. 22: 144–7, 146  
  классификация, гл. 10: 88  
    и аутизм, 146  
    и депрессия, гл. 10: 84  
    и обсессивно-компульсивное  
      расстройство, гл. 13: 100  
    лечение и прогноз, 145–7  
    начало и распространенность, 144–5  
    этиология, средовое или генетическое  
      влияние, гл. 29: 202  
школа, работа во взаимодействии (school liaison work), гл. 1: 20, гл. 10: 87–6  
школьные достижения (scholastic attainments)  
  см. учебные достижения  
школьный рапорт (school report), гл. 1: 20  
школы влияние, 243–6  
  см. также сверстников взаимоотношения
- Эйнсуорт, Процедура «Незнакомая ситуация»  
(Ainsworth Strange Situation Procedure), гл. 16: 111, гл. 28: 191  
элективный мутизм (selective mutism), гл. 15: 106–8, гл. 26: 179  
  лечение, 108  
  классификация и дифференциальный  
    диагноз, 106, 107  
  начало и распространенность, гл. 3: 40, 106  
  прогноз и устойчивость, 108  
  этиология и факторы риска, 107–8
- электросудорожная терапия, ЭСТ  
(electroconvulsive therapy, ECT), гл. 10: 85, гл. 34: 237  
эмоциональное насилие (emotional abuse), гл. 23: 154–5  
эмоциональные расстройства (emotional disorders), гл. 1: 9  
  и гиперактивность, гл. 5: 53  
  классификация и коморбидность, гл. 2: 29–30, 29, гл. 6: 59  
  начало и устойчивость, гл. 3: 34, гл. 3: 40  
  и обсессивно-компульсивное расстройство, гл. 13: 100  
  и плохое обращение, гл. 23: 158  
эндорфины, и нервная анорексия, гл. 22: 148  
энурез (enuresis), гл. 17: 113–8  
  классификация, 113  
  лечение, 116–8  
  начало и распространенность, гл. 3: 40, гл. 17: 113–4  
  оценка, обсуждение, гл. 1: 10, гл. 17: 116  
  прогноз и устойчивость, 116  
  этиология и факторы риска, 114–5  
эпидемиология, гл. 3: 32–42  
эпилепсия, гл. 25: 173  
  аутизм, гл. 4: 45, 49  
  гиперактивность, гл. 5: 54  
  лечение, гл. 10: 87, 88, гл. 34: 235  
  энурез, гл. 17: 115  
эпилептическая афазия, гл. 26: 178  
эффективности исследования, гл. 32: 221–3, 221, 222
- языка проблемы см. речевого развития  
  расстройства; элективный мутизм  
ясли, и ненадежная привязанность, гл. 28: 192–4