

Рори Никол

Практическое руководство  
по детско-подростковой психиатрии:  
многодисциплинарные подходы



**ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО  
ПО ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ  
ПСИХИАТРИИ:  
МНОГОДИСЦИПЛИНАРНЫЕ  
ПОДХОДЫ**

*Под общей редакцией профессора Р. Никола*

*Второе издание*

Екатеринбург  
Издательство Уральского университета  
2009

УДК 616.89(07)

ББК 56.14я7

П692

*Редактор русского перевода – А. В. Малахова,  
кандидат медицинских наук*

**П692      Практическое руководство по детско-подростковой психиатрии:  
многодисциплинарные подходы / под общ. ред. проф. Р. Никола ; [пер.  
В. Г. Гафурова]. 2-е изд. — Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2009.  
— 306 с.**

Практическое пособие предназначено, прежде всего, молодым российским детским психиатрам. В нем представлены новейшие подходы к организации психиатрической помощи детям и подросткам на основе сотрудничества в рамках многодисциплинарной бригады различных специалистов: врачей, медсестер, социальных работников, психологов и др. В изложении этих подходов автор опирается как на обширный британский опыт, так и на тот опыт, который был уже накоплен в некоторых регионах Российской Федерации, в частности, в Свердловской области в рамках российско-британского проекта. Обсуждаются вопросы, которые вызывают дискуссии между российскими и британскими детскими психиатрами. Представленный материал призван помочь объединить позиции по этим вопросам и будет способствовать улучшению взаимопонимания и развитию системы оказания психиатрической помощи в обеих странах.

ISBN 978-5-7996-0475-2

**УДК 616.89(07)  
ББК 56.14я7**

ISBN 978-5-7996-0475-2

© Коллектив авторов, 2009  
© Гафуров В. Г., перевод, 2009

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	4
Введение .....	7
ЧАСТЬ 1. Глава 1. Собеседование с ребенком и семьей и оценка .....	10
Глава 2. Краткое описание проблем, которые оценивают и лечат специалисты в области психического здоровья детей и подростков .....	33
Глава 3. Формулировка и план лечения .....	43
Глава 4. Отклонения психического здоровья у российских детей и подростков: оценка распространенности и значение психосоциальных факторов .....	52
ЧАСТЬ 2. Детское развитие в детской психиатрии .....	63
Глава 5. Детское развитие и психические расстройства .....	66
Глава 6. Мозг и поведение .....	79
Глава 7. Генетические влияния .....	89
ЧАСТЬ 3. Лечение .....	100
Глава 8. Обзор видов лечения в детской психиатрии .....	101
Глава 9. Многодисциплинарная бригада .....	107
Глава 10. Оказание помощи детям в обычных школах .....	111
Глава 11. Психодинамическая психотерапия .....	119
Глава 12. Поведенческая терапия .....	128
Глава 13. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) .....	144
Глава 14. Совместная семейная терапия и групповые виды терапии ..	166
Глава 15. Фармакотерапия .....	173
Глава 16. Тяжелые расстройства: лечение в условиях дневного стационара в России .....	185
Глава 17. Подготовка кадров с целью перемещения персонала стационаров для работы в общинных центрах детского психического здоровья .....	192
Глава 18. Стационарное лечение .....	198
ЧАСТЬ 4. Диагностика и лечение сложных и распространенных расстройств .....	202
Глава 19. Жестокое обращение с детьми и их защита .....	203
Глава 20. Умственная отсталость (трудности в обучении) .....	214
Глава 21. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением и злоупотреблением психоактивными веществами .....	220
Глава 22. Шизофрения с началом в раннем возрасте .....	229
Глава 23. Общие расстройства развития. Аутистический спектр ..	235
Глава 24. Интернализирующие расстройства .....	244
Глава 25. Экстернализирующие расстройства .....	263
Глава 26. Расстройства приема пищи, энкопрез и энурез .....	275
Приложение 1. ....	286

## ПРЕДИСЛОВИЕ

### Уважаемый читатель!

Перед Вами второе российское издание практического руководства по детско-подростковой психиатрии известного во всем мире британского профессора Рори Никола. Для многих, связавших или собирающихся связать свою жизнь с детской психиатрией, для тех, кому не довелось присутствовать на его лекциях, семинарах, дискуссиях с его участием, эта книга послужит бесценным подспорьем.

В Великобритании о Рори Николе ходят легенды. Его научные работы, книги, статьи остаются предметом пристального изучения специалистов. Пожалуй, нет другого человека, сделавшего так много для организации британской детской психиатрической службы. Обладая невероятной энергией созидания, неистощимым энтузиазмом и человеколюбием, Рори Николу удалось воплотить рожденные им идеи в жизнь. На протяжении нескольких лет в Гринвудском институте детской психиатрии (г. Лестер) под руководством проф. Р. Никола были разработаны совершенные модели полипрофессиональной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами.

А затем наступило время, когда проф. Р. Никол бесстрашно бросил вызов устаревшим и не приносящим плоды традиционным взглядам на оказание детской психиатрической помощи. Не обижаясь и не обращая внимания на непонимание, он терпеливо, с упорством, достойным подражания, дарил свой бесценный опыт коллегам не только в своей стране, но и за ее пределами...

Летом 1997 года в составе группы врачей-психиатров Свердловской области и Санкт-Петербурга мне посчастливилось совершить визит в Великобританию в рамках первого этапа британско-российского сотрудничества.

В то замечательное беззаботное время, очевидно, в силу нашей молодости, мы уже мнили себя сложившимися квалифицированными специалистами. Но первые дни знакомства с британским подходом к детско-подростковой психиатрии вызвали серьезное желание задуматься и частично переосмыслить прежний профессиональный опыт. Прежде всего, воображение российских коллег поразила высокий уровень интеграции психиатрии, прикладной психологии, педагогики и социальных наук. Врачи-психиатры, педиатры, средний и младший медицинский персонал, клинические психологи, социальные работники, педагоги – все те, кто занимался лечебно-реабилитационной работой, в своей повседневной работе с детьми и членами их семей были объединены одной целью, единым понятийным пространством, использовали общий язык, вносили последовательно и гармонично свой уникальный вклад, дополняя комплексное полипрофессиональное терапевтическое воздействие. Мы были свидетелями высокой эффективности работы мультидисципли-

линарных бригад, преследующих цель поведенческих изменений и добивающихся прекрасных долгосрочных результатов. В различных городах Великобритании нам удалось посетить более десятка различных британских детских клиник и трестов. И всюду в работе использовались унифицированные организационные принципы.

Вызывало восхищение безграничное уважение британских коллег к непоколебимому авторитету проф. Рори Никола, во многом определившего облик детско-подростковой службы своей страны. Сам же профессор стремился оставаться незаметным, проявлял скромность и такт. Когда же наступал долгожданный миг непосредственного общения с нами, Рори Никол преображался и с невероятной убежденностью и красноречием раскрывал свои взгляды, терпеливо выслушивал контраргументы и возражения. И каждый раз предлагал убедительно обоснованные рекомендации того, что и каким образом надо было делать.

Британский опыт реформ детской психиатрии убедительно показал, что любые эффективные изменения происходят медленно, болезненно и с трудом. Но конечный результат оправдывает затраченные усилия и страдания.

В то время я вряд ли мог поверить, что британский опыт сможет успешно использоваться и в нашей стране во имя прогресса детской психиатрической службы. Прошло чуть более десяти лет. За эти годы с учетом традиций российской и британской психиатрии практически стерлись разногласия в понимании основных механизмов формирования психических расстройств в детском и подростковом возрасте. А принципы полипрофессионального подхода в Российской Федерации прижились и стали основополагающими, определяющими суть и характер оказываемой комплексной помощи, не только в детской, но и во взрослой психиатрии.

Все последующие годы профессор Рори Никол проявлял живой интерес к российской истории, культуре, русскому языку, своим российским ученикам-коллегам, российской детской психиатрии в целом.

Данное практическое руководство представляет мощный профессиональный инструмент. Книга написана в традиционно британской манере. Что это означает? Структура книги такова, что в ней кратко изложены самые актуальные проблемы современной детской психиатрии. Наряду с теоретическими аспектами представлены иллюстрации клинических случаев. Уважаемому читателю предоставляются практические и реалистичные ответы на вопросы, поставленные самой жизнью. И если кого-то из профессионалов заинтересовали более глубокие пласты знаний по конкретному вопросу, то не следует отчаиваться. Автором указан путь, по которому следует идти. В библиографической справке представлены дополнительные источники информации.

Особое внимание автором уделено диагностической работе с ребенком и его ближайшим окружением. Дотошный анализ собранной

информации определяет, в конечном счете, высокую результативность лечения. Среди патогенных факторов, определяющих развитие болезни, большое значение уделяется генетическим, психолого-социальным воздействиям. С учетом вышесказанного, подробно изложены принципы многоосевой диагностики и деятельности многодисциплинарной бригады в амбулаторной и стационарной детской психиатрической сети. Предложен обзор вариантов медико-психолого-социального воздействия при наиболее сложных и распространенных психических расстройствах детского возраста.

Впечатляет любезное приглашение проф. Р. Никола к участию в дискуссии российских коллег по ряду актуальных вопросов детской психиатрии. Данное обстоятельство позволило оценить вектор развития российской психиатрии по отношению к общемировым тенденциям.

Профессор Рори Никол вложил в эту замечательную книгу всю свою отвагу и рыцарское благородство в отчаянном сражении за сердца профессионалов, стремящихся к изменению и совершенству ради здоровья детей.

Искренне верю, что эта книга, написанная для детских психиатров, психологов, социальных работников и педагогов, медицинских сестер, должна войти в программу обязательного ознакомления.

*С благодарностью и почтением к автору,  
заведующий кафедрой психиатрии  
ГОУ ВПО «Уральская государственная  
медицинская академия Росздрава»,  
доктор медицинских наук, профессор  
Ретюнский К. Ю.*

## ВВЕДЕНИЕ

Данное практическое руководство впервые увидело свет в 2000 году. К тому времени история детско-подростковой психиатрии насчитывала уже столетие, в течение которого она развивалась в России и Великобритании разными путями. Более того, понимание самой концепции детства в этих странах отличалось значимо. Например, доклад Джона Боулби для ВОЗ под названием «Материнский уход и психическое здоровье», представленный в 1951 году, оказал огромное влияние на англоязычный мир, но фактически оставался неизвестным в России. Расширение связей между двумя странами дало возможность познакомиться с передовой практикой в обеих странах и обеспечить более широкое сотрудничество для целей дальнейшего развития. Второе издание книги 2008 года предназначено для более широкой междисциплинарной аудитории, включая психиатров, психологов, педагогов и медсестринский персонал. Что касается первого издания, основное внимание в нем уделялось тем вопросам, которые становились предметом дискуссии, а иногда и разногласий с учетом российских и британских традиций.

Спустя восемь лет после выхода первого издания пришло время оценить то, что было достигнуто в России и в мире в целом. Название руководства претерпело изменение: слова «британский подход» заменены на «междисциплинарный подход» с учетом результатов новейших исследований. Так, профессор Елена Слободская в Главе 4 приводит данные своего исследования о высокой распространенности психических проблем среди детского населения России с использованием международно принятых методов. С учетом этого факта становится ясно, что снизить остроту ситуации с психическим здоровьем детей усилиями лишь одних психиатров невозможно. Здесь требуется намного более широкое сотрудничество с участием всех тех, кто занимается психическим здоровьем детей. В Главах 16 и 17 описывается проект, реализованный в Свердловской области, в рамках которого была создана мультицентровая и междисциплинарная детско-подростковая психиатрическая служба. Проекту исполняется уже пять лет, и служба продолжает успешно функционировать на основе нового подхода. В дневных стационарах лечебных учреждений службы осуществляется диагностика и лечение самых сложных и трудных проблем психического здоровья детей. В Главе 17 Ирина Левина и Питер МакНил описывают инновационный учебный курс углубленной подготовки медсестер, внедренный в Свердловском областном медицинском колледже, который призван вооружить выпускников фельдшерского отделения знаниями, умениями и навыками для работы вне стационаров. В книге приводятся первые результаты оценки эффективности этого проекта.



Зачем понадобилось второе издание? Для этого есть несколько причин.

Во-первых, значительный прогресс достигнут в разработке научных основ данной специальности, особенно это касается понимания патологических процессов, но значительно обновилось и наше отношение к вопросам лечения. Некоторые методы лечения считаются перспективными, но пока не подверглись строгой проверке, чтобы можно было с уверенностью говорить об их эффективности. Получены некоторые научные свидетельства эффективности поведенческой терапии и когнитивной терапии в лечении ряда расстройств. Было показано, что межличностная терапия является эффективной в лечении депрессии у подростков. Клиент-центрированная терапия продемонстрировала свою эффективность в условиях школы (Kolvin et al. 1981), и многие ее принципы являются полезными для установления хороших отношений с детьми, как первый шаг к проведению других видов психотерапии.

Второй причиной появления второго издания является просто тот факт, что накопленный опыт позволяет создать более интересное руководство.

В основе книги лежит проект по развитию детско-подростковой психиатрической службы, который был осуществлен при поддержке Департамента международного развития Великобритании (DfID) в России.

Я глубоко благодарен моим российским коллегам из Санкт-Петербурга под руководством Людмилы Павловны Рубиной, из Челябинска под руководством профессора Натальи Ерофеевны Буториной. Их идеи, открытость, приветливость и гостеприимство были исключительными в чужой, как нам вначале показалось, стране.

Наконец, коллеги из Екатеринбурга, в частности главный психиатр Министерства здравоохранения Свердловской области Ангелина Петровна Поташева, сыграли важнейшую роль в реализации мероприятий, описанных в данной книге. Все представленное здесь зависело от нее. Она настойчиво и спокойно работала над претворением в жизнь идей, которые обеспечили успех проекта детского психического здоровья в Свердловской области. Именно ее творческое лидерство помогало находить путь вперед на всех этапах проекта.

Изменение названия этой книги также отражает то продвижение вперед, которое было достигнуто в профессиональном образовании в Свердловской области. В этом отношении огромный личный вклад внесла директор Свердловского областного медицинского колледжа Ирина Левина, чье лидерство сыграло важную роль в успехе проекта.

Мы всегда будем помнить тот вклад, который внесла безвременно ушедшая от нас Ольга Афанасьевна Малахова, которая в период проекта являлась главным детским психиатром Свердловской области. Ее всесторонняя поддержка и, как казалось, неисчерпаемая энергия во многом помогли в продвижении проекта уже на ранних его этапах.

Все эти люди и ведомые ими коллективы проявляли приветливость и щедро оказывали моральную и практическую поддержку.

Выражаю также свою искреннюю благодарность многочисленным британским коллегам, которые выкроили время из своего рабочего графика, чтобы провести обучение, семинар или демонстрацию случаев в России или проявили гостеприимство у себя. Особую благодарность хочу выразить клиническому психологу доктору Киту Тернеру в Лестере, руководителю Центра по сотрудничеству с ВОЗ профессору Рэйчел Дженкинс из Института психиатрии и председателю попечительского совета организации «HealthProm» Елене Ткаченко-Шмидт за то, что они любезно согласилась прочитать и высказать свои замечания по какой-либо части или по всей заключительной рукописи. Такая работа всегда ответственна и трудна, и я очень благодарен им за это. С другой стороны, ответственность за все ошибки или недостатки данного текста лежат на авторе и редакторе этой книги.

Подзаголовок книги «Многодисциплинарный подход» отражает начало процесса, но по тому, как он был принят в России, нам было ясно, что он отражает те мощные традиции кооперации и сотрудничества, которые существуют в этой стране. Мы надеемся, что многодисциплинарная работа будет расширяться, и это найдет свое отражение в расширении многодисциплинарного авторства данного руководства в его будущих изданиях.

Моя жена Франциска Никол всегда была моим самым верным сторонником и, в то же время, моим самым строгим критиком. Она оказала мне неоценимую помощь в редактировании текста книги.

Я хотел бы также поблагодарить организацию «HealthProm», которая оказала поддержку и обеспечивала организационное руководство этим проектом.

Одним из основных литературных источников данного руководства был учебник «Детская психиатрия» (четвертое издание) под редакцией Майкла Раттера и Эрика Тэйлора издательства «Blackwell Scientific Publications».

# ЧАСТЬ 1

## ГЛАВА 1.

### СОБЕСЕДОВАНИЕ С РЕБЕНКОМ И СЕМЬЕЙ И ОЦЕНКА

#### Введение в проблематику

Представьте себе, что за дверями Вашего кабинета ожидает приема мальчик. Ему примерно 7 лет. Возможно, его привели родители или направили педагог или врач. Его сопровождает взрослый, возможно, мать или бабушка. С ними может быть и отец. Возможно, Вы попросили обоих родителей придти, или, возможно, отец особенно обеспокоен состоянием сына. Может случиться, что родители расстались, но отец интересуется жизнью своих детей. Может быть родители и не считают, что у ребенка есть какая-либо проблема, но учитель посоветовал им обратиться в клинику по какой-то причине. Некоторые родители считают, что учителя «слишком мягки» и не могут поддерживать достаточную дисциплину в классе. В России некоторые учителя проявляют такую заботу о вверенных им детях, что иногда сами сопровождают ребенка в клинику.

Иными словами, кто же жалуется? Это тот вопрос, на который вы должны дать ответ в числе первых. Это не диагноз, который Вы можете найти в руководстве, но это то, что Вы должны будете понять, если хотите помочь семье. На вопрос «В чем проблема?» родители могут ответить:

*«Я больше не могу его выносить, я брошу его здесь» или «Он везде ходит за соседскими детьми, а они все старше него, и у всех уже были неприятности с полицией, так что чего можно ожидать?» или «У нее постоянно болит живот. Врач говорит, это у нее от головы, но я не верю этому. У моего ребенка реальные боли».*

Это – начало отношений с семьей. Теперь очередь за врачом, который должен вести беседу и получить более полезный анализ проблемы. После первого приема развитие по первому из описанных выше сценариев может быть таким:

Майклу семь лет Его привела мать, госпожа Смит. Она говорит врачу, что у Майкла есть ряд проблем с поведением. Он отказывается идти спать вечером, встает очень рано утром и, проснувшись, бродит по дому. Часто включает телевизор очень громко или играет со спичками, и уже дважды включал газовую плиту. Он постоянно находится в движении, и его мать говорит, что она совсем измотана. В ходе ее рассказа врач отмечает, что она не сказала ничего хорошего о своем сыне. Когда он

подходит к коробке в углу кабинета и берет из нее игрушки, она говорит: «Ну, вот видите, он везде лезет!». Врачу непонятно, что Майкл сделал не так. Игрушки как раз были положены там, чтобы он играл с ними. Она кричит на Майкла, используя грубые выражения, например: «Ну ты, негодник, отойди отсюда». Майкл реагирует на эти команды с угрюмым выражением лица, но скоро вновь повторяет свои действия, которые только что вывели его мать из себя.

Очень много можно узнать, просто слушая эту историю: между матерью и ребенком идет сражение. Исследователи провели детальные наблюдения таких сражений, подсчитывая и анализируя высказывания и вопросы со стороны родителей и со стороны ребенка. Исследовав такой обмен словами статистически, психологи показали, что поведение как родителя, так и ребенка по отношению друг к другу создает негативный и самоподдерживающийся стиль отношений в семье. Работа психолога Паттерсона (G.R. Patterson. 1975) и его исследовательской группы в г. Юджин (штат Орегон, США) показала, что в таких семьях дети чаще всего проявляют агрессию и не способны вести себя в соответствии с общепринятыми нормами и правилами поведения, как дома, так и в других местах. Эта работа также научила нас лечить эти проблемы. Эти способы будут представлены в Главе 12 по модификации поведения. Ребенок не спит по той же причине, по какой не спят многие взрослые. Он боится, что его бросит мать, и злится, что его постоянно ругают. Его неповиновение – это попытка установить контроль над ситуацией, когда родители относятся к нему сурово и непредсказуемо. Мы также знаем, что эти сражения, которые продолжаются день за днем, неделя за неделей во многих дезорганизованных семьях, действуют разрушительно на психологическое развитие ребенка, потому что формируют в нем постоянную агрессивную реакцию на социальные ситуации.

### **Введение в оценку**

Важно уже в начальный период собеседования задать форму встречи. Например, можно сказать:

*«Сегодня мы проведем с вами краткую встречу – я и ваша семья. Мы будем только говорить, не будет никаких процедур, никто не будет госпитализирован. Потом я поговорю отдельно с Мишей и с мамой и папой. После этого мы снова встретимся все вместе, и я надеюсь, что у меня тогда будут какие-то рекомендации для Вас. После этого вы все пойдете домой».*

Цель этой короткой встречи состоит в том, чтобы получить представление о проблеме и о ее тяжести. Ключевыми вопросами здесь являются сама проблема, беспокоящая семью, и кто жалуется. Начальное собеседование с ребенком, являясь кратким, покажет ребенку, что по-

мимо сбора информации важным является и его мнение, которое будет выслушано.

Возможно, родители уже водили ребенка к другим врачам без особого успеха. Вполне вероятно, они полагают, что психиатрическая клиника – место для неисправимых детей или для неизлечимых проблем. В этом случае вряд ли они будут доверять врачу или уважать его мнение. Поэтому целесообразно сразу выяснить, кто уже консультировал ребенка по поводу его проблем:

*«Скажите, пожалуйста, к кому вы уже обращались, и что вам сказали в клинике X?»*

Если у вас как у врача возникнет подозрение, что родители принимают вас за такую свалку, лучше сразу выяснить этот момент. Например, они могут сказать:

*«У Наташи болит живот весь последний год. Она просыпается по ночам и кричит. Как это может зависеть от ее головы?»*

Здесь лучше согласиться, что это действительно может показаться странным, но нельзя разделять тело и разум, и что и Вы, и врач X (направивший ребенка) знаете, что Наташа испытывает реальную боль. Если же собеседование переходит в спор, Вы можете согласиться связаться с врачом X и выяснить, какие виды обследования были проведены, и узнать результаты.

Важно проявить внимание и заинтересованность в том, чтобы малейшие детали не были выпущены из вида.

Вы можете даже попросить врача X вновь обследовать ребенка с условием, что если повторное обследование не поможет, родители вновь придут к вам на прием. Иногда это действует убедительно, но иногда родители все же не верят, что психологические факторы играют важную роль. Следует также добавить, что периодические боли в животе не обязательно могут быть обусловлены психологическими причинами только потому, что не выявляется какое-либо **соматическое** заболевание. Автор данной книги сталкивался со многими случаями, когда ребенок, без сомнения, страдал от болей в животе неизвестного происхождения, а **не по** психологическим причинам. Было время, когда считалось, что язва желудка или двенадцатиперстной кишки редко встречается или совсем не встречается у детей, поэтому зачастую боли приписывались психическим причинам без должного обследования.

Причинные механизмы работают двунаправленно. Только диагностические умения врача могут помочь определить, в каком направлении следует искать причину в каждом конкретном случае, но иногда загадку так и не удается разгадать.

Одно можно сказать с уверенностью: семья считает ребенка проблемой. Они хотят устранить эту проблему, хотят, чтобы ребенку стало луч-

ше или чтобы он вел себя лучше. Один из родителей может считать, что имеются и другие проблемы. Например, мать может полагать, что муж ей не помогает, или оба родителя могут считать, что живут в неблагополучном районе, и необходимо переехать, чтобы изолировать ребенка от плохого влияния. В семье могут быть и другие проблемы, например, потеря работы или супружеская неверность одного из родителей. Обсуждая проблему открыто с самого начала консультации, врач тем самым дает понять, что хочет помочь и хочет понять, в чем заключается проблема семьи, а не просто собирает информацию, которая, по мнению родителей, является неуместной.

### **Выделяйте положительное!**

Другими словами, у семьи есть и другая жизнь помимо той проблемы, с которой они пришли к вам на прием. Вполне вероятно, родители являются весьма грамотными людьми, которые за свою жизнь преодолели много трудностей. Отца могут высоко ценить на работе, а мальчик может преуспевать в футболе. Даже замкнутый, аутистичный ребенок может любить музыку и иметь талант к ней. Вполне вероятно, семья уже пыталась решить проблему различными путями, хотя и безрезультатно, и следует проявить уважение к их усилиям, при этом собирая ценную информацию, которая поможет вам, по крайней мере, знать, что уже было предпринято. Родители будут весьма разочарованы, если вы предложите им вид лечения, который, по их мнению, они уже испробовали, даже если это лечение в значительной мере отличается от предлагаемого вами. Семье нужна надежда на решение трудной проблемы их ребенка. Они нуждаются в вашем оптимизме и поддержке и заслуживают их.

В условиях ограниченности времени для получения быстрого представления о проблеме можно использовать симптомный вопросник. Примером такого инструмента, переведенного на русский язык, является вопросник «Сильные стороны и трудности» (Goodman 1997). Этот вопросник есть на веб-сайте больницы Модсли по адресу: [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com), где можно найти и его русский вариант.

### **Общие принципы диагностического интервьюирования для целей установления диагноза и обследования**

Умение хорошо провести собеседование является наиболее важным умением специалиста в области психического здоровья, будь то психиатр, психолог или специализированная медсестра. Исследования, проведенные в последнее время, помогли понять, как добиться наилучших

результатов в этом деле (Cox 1994, Angold 1994). Спор ведется между теми, кто хочет получить полную клиническую картину и делает это, задавая соответствующие вопросы, и теми, кто полагает, что если психиатр демонстрирует достаточное понимание, ребенок или родители сами изложат свою историю наилучшим образом. Оптимальным вариантом является использование обоих подходов, но на двух различных этапах собеседования. Первая часть собеседования имеет целью создание атмосферы непринужденности для ребенка или родителей с помощью общих вопросов. На этом этапе и ребенку, и родителям дается возможность самим изложить свою историю. Во второй части собеседования врач задает более конкретные и детальные вопросы, направленные на выяснение тех моментов в клинической картине, которые пациент и семья не осветили в своем рассказе в первой части собеседования. Таким образом, собеседование состоит из следующих двух частей вне зависимости от того, кто это – ребенок или родители.

### **Первая часть собеседования**

Клиницист позволяет родителям или ребенку взять инициативу на себя и направляет беседу, демонстрируя интерес и поддержку. При необходимости что-то выяснить клиницист задает «открытые» вопросы, требующие описания или детализации, а не короткого ответа «да» или «нет». Например:

*«Я слышал об этой проблеме от учителей, но мне хотелось бы услышать все от Вас непосредственно». «Не могли бы рассказать об этом подробнее?»(кивните, чтобы показать, что Вы понимаете).*

На этом этапе часто полезно использовать «недирективный» подход. Многие психиатры, психологи и другие специалисты выработали у себя такой стиль собеседования. Хотя этот стиль особенно полезен в психотерапии, он также оказался полезным на начальных этапах оценки (Virginia Axline. 1947). Хорошо проведенная первая часть интервью поможет ребенку и родителям почувствовать себя непринужденно, позволит клиницисту получить более естественную картину и покажет семье, что их слова слышат и понимают. Это поможет вызвать у них желание прийти к врачу вновь для лечения.

Вы можете также попросить что-либо уточнить:

*«Если я правильно вас понял, Миша не дает вам спать, вы не высыпаетесь, быстро устаете днем и, в результате, сами чувствуете себя плохо, без настроения».*

## Вторая часть собеседования

В этой части клиницист задает более конкретные вопросы и собирает более специфическую информацию, являющуюся важной для постановки диагноза. На этом этапе важно формулировать нейтральные вопросы таким образом, чтобы не было очевидно, какой ответ психиатр желает получить. Особенно часто возникает соблазн задавать наводящие вопросы ребенку, не желающему говорить, чтобы получить от него нужный ответ. В Таблице 1.1 приведены темы, которые должны быть охвачены в оценочном собеседовании с родителями, опекунами и взрослыми.

*Таблица 1.1*

### **Важные вопросы при сборе анамнеза от родителей, опекунов, подростков или детей старшего возраста**

<b>Важные вопросы при заполнении истории болезни</b>
<b>Систематические вопросы</b>  Эти вопросы можно задать, чтобы убедиться, что у Вас имеется полная картина. Выясните: время возникновения проблемы, степень ее воздействия на жизнь, наличие положительных факторов, способность справиться с проблемой.
<u>Физическое здоровье</u> Болеет ли ребенок чем-либо в прошлом? Обсуждение даже незначительных заболеваний, например простуды, может дать Вам информацию о самоощущениях ребенка. У него могут присутствовать соматические симптомы, вызванные тревогой, например, боли в животе или головная боль.
<u>Озабоченность состоянием здоровья</u> Следует спросить, беспокоит ли их что-либо в состоянии своего здоровья.
<u>Энергия</u> Могут ли они выполнять все намеченное, или всегда чувствуют усталость? Последнее может быть вызвано недостатком сна или быть проявлением тревоги. Помимо физических симптомов, тревога или депрессия у ребенка также могут проявляться в виде скуки.



<p><u>Сон</u> Хорошо ли они спят, имеются ли трудности при засыпании, просыпаются ли они по ночам или рано утром?</p>
<p><u>Аппетит и отношение к пище</u> Этот вопрос может указать на постоянную «привередливость», депрессию или тревогу. Девочка-подросток с <i>anorexia nervosa</i> может заявить, что с ней все в порядке, или что у нее избыточный вес.</p>
<p><u>Отношения с ровесниками</u> Это весьма важный вопрос. Дети остро чувствуют стыд, если у них нет друзей в школе или дома, поэтому здесь следует проявлять максимальный такт. Детям с психологическими расстройствами очень часто трудно иметь друзей, поддерживать дружбу. Выявляйте положительные черты, такие как способность заводить друзей и поддерживать дружбу.</p>
<p><u>Отношения с сиблингами</u> Следует также спросить об отношениях с братьями и сестрами.</p>
<p><u>Отношения с родителями</u> Этот вопрос может оказаться трудным. Сначала выясните, чем ребенок занимается вместе с родителями, а также с другими взрослыми родственниками. Спросите, насколько строго к нему относятся дома. Каковы правила в отношении времени сна, поведения за столом и т. д.? Имеют ли место споры с родителями? Выясните, чем занимается семья вместе, особенно если эти действия являются позитивными и приятными для всех участников.</p>
<p><u>«Генограмма»</u> Объясните, что это такое и попросите ребенка и присутствующих взрослых помочь вам нарисовать одного из членов семьи (см. объяснение в тексте главы).</p>
<p><u>Неусидчивость</u> Может указывать на скуку, тревогу или расстройство дефицита внимания.</p>
<p><u>Истерики, раздражительность</u> Часто являются теми причинами, по которым родители приводят детей на прием. Сами дети могут признать, что у них возникает чувство злости, и могут быть готовы поговорить об этом. Это может указывать на депрессию, потребность в самоутверждении или расстройство поведения.</p>
<p><u>Депрессивные чувства</u> Такие чувства обычно встречаются у детей, которые чувствуют себя несчастными, так как ребенок вынужден жить в условиях, в которых любой почувствует себя несчастным. Следует очень тщательно формулировать вопрос с тем, чтобы ребенок понял, о чем вы его спрашиваете. Они могут не знать, что такое «депрессия», но могут понять, что означает слово «несчастный».</p>

<p><u>Тревога</u></p> <p>Также широко распространена. Сначала попросите ребенка описать его чувства. Только после этого спросите, знает ли ребенок, почему он чувствует тревогу. Ребенок может не знать, почему, или может знать, но он еще не готов рассказать вам об этом. Если это так, попросите просто описать свои чувства. Попытка принудить ребенка поделиться информацией, которой он не хочет делиться, ничего не даст.</p>
<p><u>Фобии</u></p> <p>Дети обычно охотно рассказывают о своей боязни темноты, животных, высоты и т. д.</p>
<p><u>Обсессивные симптомы</u></p> <p>Часто бывает трудно объяснить, что вы имеете в виду под обсессивными проявлениями. Кроме того, ребенок может быть не готов говорить об этом, боясь выглядеть глупым. Обсессивные симптомы обычны в детстве. Можно спросить: «Возникает ли у тебя чувство, что тебе следует все время проверять, все ли ты сделал правильно?», или «Бывает ли так, что ты не можешь выкинуть из головы беспокоящую тебя мысль?».</p>
<p><u>Деперсонализация и дереализация</u></p> <p>Вы можете спросить: «Возникает ли у тебя ощущение, что на самом деле тебя здесь нет или что люди выглядят как-то не так?» Это состояние также является распространенным, и подростков такие ощущения могут напугать. Вы можете приободрить их, сказав, что такие симптомы обычны.</p>
<p><u>Подозрительность, бред или галлюцинации</u></p> <p>Эти состояния менее часты, но о них следует спросить, чтобы убедиться в их отсутствии или присутствии.</p> <p>Задавая все эти вопросы, следует отмечать интенсивность, длительность, что усугубляет их и что улучшает состояние. Очень важно выяснить, приводит ли симптом к каким-либо негативным последствиям. Например, если ребенок не может спать, означает ли это, что он постоянно чувствует усталость, или это мешает ему ходить в школу или встречаться с друзьями?</p>
<p><b>Типовые вопросы для родителей</b></p>
<p><u>История семьи</u></p> <p>Спросите о наличии какого-либо расстройства в истории семьи.</p>
<p><u>Здоровье и занятие каждого из родителей</u></p> <p>Детали истории соматического или психического заболевания.</p>

### Качество брака

Этот вопрос можно выяснить, спросив, как родители проводят время вместе, как они распределяют работу по дому, как распределяют обязанности по воспитанию детей, кто поддерживает дисциплину дома. Затем можно спросить, как решаются споры, что происходит, если один из родителей сердится, как часто случаются ссоры, чем занимаются родители, когда они вместе. Имеются ли у них общие интересы, занятия.

### История здоровья и развития ребенка и сиблингов

При соответствующей практике клиницист сможет хорошо сочетать эти две части в рамках собеседования, отмечая про себя те вопросы, которые будет необходимо задать в уместный для этого момент времени.

### **Уровень развития ребенка**

Соответствует ли уровень развития ребенка его ожидаемому хронологическому возрасту? Если возникают какие-либо сомнения относительно общего состояния здоровья ребенка или его развития, рекомендуется провести качественное обследование его соматического состояния и оценку его развития с привлечением детского клинического психолога. Однако есть вопросы, которые должны стать предметом особого внимания детского психиатра. Уже с первых недель жизни ребенок с любопытством реагирует на новые объекты вокруг него, включая людей (и домашних животных!) и неодушевленные предметы. С шестой недели ребенок начинает более осознанно реагировать на людей, особенно на тех, кто заботится о нем – мать и других членов семьи. Это взаимодействие продолжает развиваться на протяжении ранних лет жизни и меняется по мере развития способностей ребенка. Например, на втором году жизни в этой среде интенсивно развивается речь (родители начинают понимать ребенка задолго до того, когда его начинают понимать другие люди). По мере развития координации «глаз-рука» ребенок начинает брать предметы, чтобы рассмотреть их поближе. Это, в свою очередь, переходит в образную игру с игрушками на втором и третьем годах жизни. В ходе собеседования следует наблюдать за ребенком, чтобы выявить имеющиеся задержки в его развитии. Психологическое развитие ребенка более подробно описывается в Главе 5.

Таблица 1.2

Простые вехи развития детей старше 9 месяцев

<b>Общее моторное развитие</b>	
9 месяцев	Ползает, ходит, опираясь о мебель.
12 месяцев	Ходит неустойчиво с широко расставленными ногами.
15 месяцев	Уверенно ходит самостоятельно.
<b>Развитие тонкой моторики и зрительного восприятия</b>	
14 месяцев	Может чертить каракули.
18 месяцев	Может построить башню из кубиков.
2 года	Может построить башню из 6 кубиков.
3 года	Может нарисовать круг.
4 года	Может нарисовать крест
<b>Речь и язык</b>	
10 месяцев	Хорошо развитый лепет с несколькими различными лепетными словами.
12 месяцев	2–3 отчетливо различимых слова.
18 месяцев	Может определить 4 части тела.
20–24 месяца.	Может давать команды из 2 слов.
2,5–3 года	Много говорит. Может формулировать предложения из 3 слов.
<b>Простые поведенческие вехи</b>	
10 месяцев	Машет рукой «до свидания» и играет в «куку».
12 месяцев	Может пить из чашечки.
18 месяцев	Держит ложку, чтобы поднести пищу ко рту.
18 месяцев	Возраст начала символической игры (например, кормление куклы).

3 года	Интерактивная игра с другим ребенком.
4 года	Не мочится по ночам (но энурез сохраняется у 10% 5-летних детей и у 5% 10-летних). Стойкий энурез более распространен среди мальчиков.

(Данные из: T. Lissauer and G. Clayden. Illustrated Textbook of Paediatrics London : Mosby, 2001).

### Органы чувств

Имеются ли признаки того, что у ребенка может быть плохой слух или зрение? Родители смогут рассказать о слуховых реакциях ребенка; например, реагирует ли он на звук ключа при открывании входной двери или на шуршание конфетной обертки, которая находится вне его поля зрения. Важно также отметить, имеется ли предрасположенность к заболеваниям уха, например, хронические воспаления среднего уха, обструкция дыхательных путей, постоянные выделения или расщелина неба. Замечает ли он интересные мелкие предметы, например, крошки на полу, осматривает ли предметы? Имеются ли какие-либо признаки косоглазия? Плохое зрение или слух могут вызвать симптомы, которые могут быть приняты за психическое расстройство или расстройство развития, например, задержку речи или аутизм. В таких случаях также важно провести физическое обследование, чтобы выявить нарушения зрения или слуха.

### Темперамент

Все, кто имел более одного ребенка или нескольких братьев или сестер, включая двоюродных, знают, что дети рождаются с разным темпераментом. Например, некоторые дети гораздо более активны, чем другие, некоторых встреча с новыми людьми или изменение обстановки пугает, в то время как другие сразу осваиваются. Некоторые дети настолько пунктуальны в отношении получения пищи или сна, что по ним можно сверять часы, тогда как другие готовы принимать пищу без какой-либо упорядоченности во времени. Эти характеристики хорошо изучены, первоначально в рамках классического нью-йоркского лонгитюдного исследования (Chess and Thomas. 1984), а позднее во многих других исследованиях. Диапазон вариаций темперамента изложен в Таблице 1.3, но при изучении этого списка нельзя не заметить, что некоторые дети гораздо труднее поддаются воспитанию, чем другие. Это на-

кладывает дополнительное бремя на близких, большинство из которых адекватно справляются с этой нормальной, но напряженной ситуацией. При оценке, однако, важно обратить внимание, испытывают ли родители стресс. Трудный ребенок в стесненных обстоятельствах при наличии нескольких детей или в случае несчастного брака может спровоцировать депрессию у родителей или опекунов, что может привести к дальнейшему снижению способности справиться с ситуацией. Эта тема более подробно обсуждается в Главе 2 о видах расстройств.

*Таблица 1.3*

<b>Элементы темперамента</b>
1. Уровень активности.
2. Регулярность отправления биологических функций.
3. Отношение к незнакомым или новым людям – общительность или замкнутость.
4. Адаптация к изменению ситуации – ребенок огорчается или не огорчается при смене обстановки, например, при посещении другого дома или клиники.
5. Порог реактивности.
6. Интенсивность эмоциональной реакции – некоторые маленькие дети реагируют эмоционально очень бурно, а другие сдержанно на одни и те же стимулы.
7. Качество настроения в целом
8. Отвлекаемость
9. Концентрация внимания или устойчивость

В ходе интервью следует также определить моральное и психическое состояние родителей или опекунов.

### **Как говорить и вести собеседование в целом с детьми и родителями**

Интервью в данной главе означает просто беседу, в ходе которой медработник собирает конкретную информацию. Она не должна быть более формальной, чем любая другая беседа, и у опытного специалиста она таковой и не будет. Spender et al (2001) указывают на следующие возможные цели оценки детей: (1) выявить факты, которые известны только

ребенку, (2) оценить эмоциональное состояние ребенка, (3) сделать первую оценку речи и общего развития ребенка.

В ходе собеседования психиатр должен обязательно пообщаться с ребенком и поговорить с родителями о том, что делает ребенок. Необходимо исследовать следующие области функционирования.

В любом собеседовании, будь то с детьми, подростками или родителями, есть два источника информации, которые следует учитывать: (1) то, что можно наблюдать в ходе собеседования и что часто остается вне осознания родителем или ребенком; (2) то, что вам рассказывает родитель или ребенок. Первый из этих двух источников чрезвычайно важен: как он или она выглядит? Какое впечатление у вас возникло? Волновался он/а или нет? Боялся? Злился? Скучал? Хотел угодить врачу? Хотел разозлить врача? Есть много возможностей. По мере формирования уверенности и хороших отношений с ребенком впечатления можно перевести в слова, например: «Во время нашего разговора я заметил, что иногда, как мне показалось, ты со мной был не согласен, но ничего не сказал. У тебя возникли такие чувства?»

### **Оценка психического состояния**

При собеседовании с детьми старшего возраста и подростками весьма полезно записывать интервью в форме оценки психического состояния. Принцип такой фиксации заключается в том, что в какой-то момент времени в ходе собеседования вы как бы «фотографируете» эмоциональное состояние ребенка или подростка. Это особенно полезно, например, при оценке эффекта лечения. Этот процесс изложен в Таблице 1.4

*Таблица 1.4*

#### **Список приемов, используемых при проведении оценки психического состояния детей старшего возраста и подростков**

<p><b>Установление контакта.</b> Это является важным этапом начала интервью. Если установить контакт с данным ребенком или подростком не удастся, спросите себя, почему?</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Приемы общения и поддержания контакта.</b> Были ли у вас игрушки, иллюстрированные книжки или другие материалы? Выказал ли ребенок какой-либо интерес? Каково было качество этого интереса?</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Наблюдаемое настроение и соответствие настроения.** Что вы наблюдаете: явное уныние? Отсутствие реакции? Отсутствие спонтанности? Явный гнев? Явный страх? Цепляется за родителя или опекуна из страха? Несоответствующая спонтанность или разговорчивость? Повышенное настроение, не соответствующее ситуации? В отношении любой такой эмоциональной реакции установите, соответствует ли она ситуации, в которой находится ребенок, например, повышенное, радостное настроение могут быть уместны, если подросток только что узнал, что получил хорошую оценку по контрольной работе, но не на приеме у врача!

**Настроение со слов пациента.** Врач должен выработать стандартный способ формулировки вопросов, которые удобен ему. Со временем у него выработается представление о том, как дети реагируют на вопросы, сформулированные таким образом.

Пример: «Иногда дети чувствуют себя несчастными недолго, а иногда почти все время. У тебя возникало такое чувство?»

Связь с ситуацией и временная привязанность определенных чувств или фона настроения ребенка, их интенсивность:

«Как долго ты чувствуешь себя несчастным? Насколько плохим у тебя может быть такое настроение?»

**Очень важно.** У тебя когда-нибудь возникает чувство абсолютной безнадежности? Тебе когда-нибудь хотелось убить себя?

В отношении каждой из этих эмоциональных реакций можно задавать вопрос, используя эту или другую подобную формулировку. Сначала опишите чувство. Например: «Дети иногда чувствуют (опишите чувство)... У тебя когда-нибудь возникало такое чувство?»

Задайте вопросы в отношении печали или плохого настроения; беспокойства, страха и тревоги, чувства злости. В какое время возникает чувство, насколько глубоким оно является? Бывают ли моменты времени, когда это чувство усугубляется, и происходит ли это часто?

### **Дети младшего возраста (до четырех лет)**

Детей до четырех лет лучше принимать вместе родителями, так как, оставшись без родителей наедине с незнакомцем (т. е. с вами) в незнакомой обстановке, ребенок, скорее всего, испугается. Это нормальная



реакция в таком возрасте, и такое воздействие на ребенка ничего не даст. Наблюдение за ребенком в присутствии родителей позволит врачу установить, как родители говорят о ребенке в его присутствии, как они говорят и ведут себя с ним, и какова реакция малыша на происходящее. В конце интервью следует выделить время на то, чтобы родители могли побеседовать с врачом наедине, так как у них вполне могут быть вопросы, которые ребенок, по их мнению, не должен слышать (например, сексуальные вопросы или факт выявления у одного из партнеров серьезной болезни). В этот момент или в ходе отдельного приема без ребенка у родителей можно собрать информацию, указанную в Таблице 1.1.

### **Дети в возрасте от 4 до 11 лет**

Только сам ребенок может сказать вам, что он в действительности думает и что чувствует. Родители, эмоционально «загруженные» проблемой, могут оказаться неспособными заметить, что думает и чувствует ребенок. Иногда он слишком встревожен, зажат или напуган, чтобы говорить. Способность преодолеть барьер и наладить общение с детьми является ценным умением, и при достаточной практике клиницист сможет наладить контакт с большинством детей.

Существуют различные мнения о том, как следует вести собеседование с детьми такого возраста. В обычной ситуации им следует дать возможность общаться с психиатром самостоятельно. (Семейная терапия описана ниже в Главе 8 и 14.)

Интервью следует проводить неспешно и спокойно. Дети очень чутко реагируют на спешку или критику, замолкая. Внимательность и заинтересованность покажут ребенку, что то, что он говорит, имеет значение, а родителям – что вы хотите выслушать ребенка и, по возможности, проникнуть в суть проблемы, которая так сильно расстраивает семью.

Для детей любого возраста важно иметь бумагу, краски и фломастеры. Для детей младшего возраста полезно иметь кукольный дом, кукол, кубики, игрушечные автомобили или железную дорогу. Если на прием пришел ребенок старшего возраста, необходимо принять решение, в какой форме проводить интервью – в форме беседы или в форме игры. Можно использовать любой из этих приемов, и выбор нужного в определенной степени будет зависеть от вкуса клинициста и зрелости ребенка. В игре дети могут показать в закодированной и символической форме то, что их беспокоит и тревожит. У клинициста может легко возникнуть соблазн интерпретировать игру, но если у него нет специальной подготовки, и ребенок находится на лечении, это будет ошибкой. Лучше просто вступить в игру, чтобы помочь ребенку успокоиться и заговорить.

## **Интервью с подростками**

Для подростков, как и для взрослых, обычно наиболее полезным подходом является беседа. Особенно важно расспросить подростка о его интересах и достижениях. Это может быть спорт, успехи в школе или какие-то менее очевидные вещи, например дружба, которую они ценят. Такие вопросы помогут направить беседу в русло изучения того, как они проводят свое свободное время с семьей или друзьями. Кто нравится и кто не нравится среди сверстников, как формировалась или распадалась дружба – все это может оказаться очень полезным в более глубоком понимании молодого человека. Эта часть интервью также очень важна для установления хороших отношений и повышения уверенности подростка в себе.

Вопросы о тех сферах жизни, в которых подросток столкнулся с проблемами, следует задавать прямо, но тактично, с сочувствием. Для них новым опытом может быть простой разговор или даже просто размышление об их депрессии, тревоге или переживаниях. Иногда важно сказать: «Теперь я должен расспросить о трудных и, возможно, неприятных вещах. Ничего, что я задам такие вопросы?»

Некоторые специалисты считают, что важно говорить с подростком «его языком», о его интересах, например, о футболе или поп-музыке. Однако для подростка вы не будете «своим», и результатом может быть неприятие такого вторжения в его мир, особенно если ваши знания устарели (что весьма вероятно)! В общении с подростками не следует пытаться выглядеть «крутым» подростком средних лет. Равным образом не следует проявлять авторитаризм и властность. Если подросток увидит, что вы уважаете его чувства, воспринимаете его серьезно, и у вас есть, что предложить ему, он будет готов обсудить свои проблемы с вами. Подросток также должен быть уверен, что беседа останется конфиденциальной, что вы тут же не расскажете родителям или учителям то, что он вам доверит.

## **Интервью с родителями**

Собеседование с родителями необходимо не только для постановки диагноза, но также и для более полного понимания того, как родители видят проблему со своей точки зрения. Как было сказано в начале этой главы, клиницист должен обратить внимание на то, как родители описывают проблему, и что они говорят. Родители могут говорить с большой любовью и заботой о трудностях их ребенка и желать ему только добра. С другой стороны, они могут демонстрировать крайне строгое отношение к ребенку, сердиться на него, испытывать чувство стыда или могут просто отказаться нести какую-либо ответственность за него. Родители могут проявлять чрезмерное беспокойство о здоровье и безопасности

ребенка, его успеваемости в школе. Такие реакции могут быть следствием действия каких-то других внутрисемейных факторов, например, это может быть плохое воспитание самих родителей, отсутствие доверительных отношений в семье, тяжелая болезнь, а может быть, родители, выросшие в трудных условиях, хотя бы большей доли для своего ребенка. Такие наблюдения имеют большое значение для определения того, принесет ли лечение какую-либо пользу семье, и если да, то какое лечение даст больший эффект.

### **Различия в историях**

Очень часто изложение проблемы родителями и ребенком отличается весьма существенно. Это может весьма затруднить ее понимание, но здесь чрезвычайно важно сравнить два рассказа. Различия могут быть обусловлены тем, что ребенок успешно скрывает свои реальные чувства от родителей, потому что он стыдится их, или, возможно, родители просто не хотят признаться себе в том, что, например, трагедия в семье оказала такое сильное воздействие на ребенка. Особенно важным примером здесь является детская депрессия. В течение многих лет различные исследовательские центры спорили между собой о том, может ли депрессия возникать в детстве. Одним из факторов, которые питали такой спор, был тот факт, что родители не могут опознать депрессию у своих детей. Ребенок может чувствовать себя несчастным, при этом скрывая свои чувства от родителей. Если не провести беседу с самим ребенком, не узнать о его чувствах «из первых уст», психиатр не сможет выявить депрессию и выставит неверный диагноз, приписав проблему другим нарушениям, например, расстройствам обучения или оппозиционно-вызывающему нарушению поведения. Примером может служить смерть горячо любимого родственника, например, бабушки. Родители в состоянии горя могут не увидеть, насколько сильно горе затронуло и ребенка.

Не следует считать, что различие в описаниях означает, что кто-то из них лжет. Различие точек зрения может помочь вам проникнуть в суть проблемы, которую, может быть, было бы невозможно понять другим способом.

### **Завершение интервью**

В процессе оценки вы просите много информации от родителей и ребенка. Если вы хотите завоевать их доверие, вам, в свою очередь, также нужно дать им некоторую информацию. Следует сообщить им, что вы думаете о проблеме, и каковы будут ваши рекомендации по лечению.

Это следует сделать в конце первого приема в присутствии всей семьи. Таким образом, вы начинаете прием в присутствии всех членов семьи и заканчиваете его точно так же.

Помните, что и семья, и ваш маленький пациент, скорее всего, уже устали и полны переживаний, поэтому любую информацию следует давать им дозированно, чтобы они могли воспринять и усвоить ее. Предложите повторить сказанное, если возникают вопросы. Вот некоторые примеры того, что можно сказать на этой заключительной стадии консультации.

*«Был рад увидеть Вас сегодня. Мы поговорили о многих проблемах, которые у Вас возникли с Наташей, о том, что с ней, по Вашему мнению, что-то не так, потому что она действительно испытывает сильные боли, особенно по ночам. На данный момент я могу сказать следующее:*

- *Я знаю, Вас удивляет мое мнение о наличии в данной проблеме большой психологической составляющей, но фактом является то, что, как только у нас возникает определенная болевая реакция, она может стать устойчивой и абсолютно инвалидизирующей.*

- *Я заметил, что все это очень сильно угнетает Наташу, и она может часами чувствовать себя плохо (обращаясь к ребенку) – так, Наташа? Ты не можешь даже думать о том, что тебе нужно пойти в школу или встретиться с друзьями?*

- *Что бы ни было причиной этой болезни, я думаю, что у Наташи сильная депрессия. Мы теперь знаем, что это – болезнь, и ее можно лечить.*

- *Я предлагаю следующее. Нам с Наташей необходимо встретиться несколько раз, чтобы попробовать найти то, что поможет ей вернуться в школу. Мы могли бы также попробовать медикаментозное лечение, но давайте сначала посмотрим, что дадут нам наши последующие встречи. Если процесс будет затягиваться, мы можем попробовать прием лекарств. Это может немного ускорить лечение. Согласны?»*

### Другой пример:

*«Я вижу, что Олег – очень энергичный мальчик! Когда он был маленьким, это вызывало трудности только дома, а теперь он ходит в школу, и это стало проблемой и для учителя.*

- *Мы с вами уже говорили о том, что важно попытаться что-либо предпринять немедленно. Может быть, следует пойти в школу и поговорить об этом с учителем? Тем самым вы покажете, что поддерживаете ее усилия нацелить вашего сына и что вы интересуетесь его делами в школе.*

• Мы также говорили о том, что некоторым детям нужен больший надзор и дисциплина, чтобы помочь им вести себя лучше. Мы говорили о том, что поведение ребенка можно улучшить, просто тщательно анализируя, к чему приводит его плохое поведение.

• В период до нашей следующей встречи я хочу попросить Вас тратить полчаса каждый день на то, чтобы понаблюдать, как влияют нарушения поведения Олега на семейные отношения. Чтобы сохранить темп, я хотел бы встретиться с Вами через четыре дня и выяснить, что Вы заметили».

Приведенные два примера содержат достаточно сложные высказывания, и даже хорошо образованные родители могут испытать затруднения в их восприятии, учитывая их расстроенность тем, что происходит в семье. В таком случае следует повторять объяснение снова и снова, используя как можно более простой язык. Небольшое «домашнее задание» может помочь проверить мотивацию родителей к изменению положения дел, а также помочь им понять то, что вы говорите. Такое задание можно дать в письменном виде, чтобы родители помнили все, что им было сказано.

Такой подход может оказаться сложным, если проблема является трудной, или если у Вас мало опыта и Вам необходимо проконсультироваться с Вашим руководителем перед принятием решения. Но даже в этом случае Вы можете сказать им, что Вам необходимо дополнительно изучить вопрос, и у Вас будет больше информации для семьи, которую Вы представите им при следующей встрече или в письме.

Даже если вы заняты, и ваш график приемов заполнен, необходимо постараться встречаться чаще, если вы хотите добиться положительной динамики в состоянии ребенка.

### **Как управлять своими собственными эмоциями и отношением**

Конечно же, ни один психиатр не считает, что он способен на субъективное отношение к ребенку или родителям, но очень часто бывает трудно противостоять этому. Значительная часть программы обучения специалистов в области психического здоровья должна быть направлена на формирование непредвзятого отношения даже в чрезвычайных обстоятельствах, когда ребенок или взрослый находятся в состоянии крайнего стресса. Моральные суждения типа «Она – плохая мать», или «Не знаю, как она справляется с таким ужасным ребенком», или «Как она живет с таким мужем-пьяницей» будут естественным образом приходить психиатру в голову. Такие суждения могут показаться оправданными, но есть множество других людей, которые высказывают свое осуждение. При этом детско-подростковый психиатр может стать чуть ли ни единственным человеком, который отнесется к ситуации более объективно. Имен-

но такой взгляд поможет в решении проблемы.

Часто психиатр переживает настолько сильные эмоции, что он не может удержаться от субъективности по отношению к ребенку или семье. Например, вы можете почувствовать злость на родителей, которые, как мать Майкла, упомянутая в начале этой главы, отвергают ребенка. У некоторых молодых детско-подростковых психиатров иногда даже возникает сильное желание усыновить кого-либо из детей. Нет ничего плохого в желании усыновить ребенка, но такая реакция не помогает там, где от вас требуется предложить помощь в решении проблем ребенка и семьи. Неопытный молодой психиатр или клинический психолог должен иметь постоянного супервизора, с которым он мог бы обсуждать конфиденциально свои эмоциональные реакции. Мы не должны стыдиться своих человеческих реакций на семейные проблемы, с которыми мы сталкиваемся, и, может быть, даже нам следовало бы обеспокоиться, если бы у нас таких реакций не возникало! Но такие эмоциональные реакции не должны лежать в основе наших действий.

Если в вашем районе нет более опытного психиатра, который мог бы выполнять такую задачу, полезно сформировать группу поддержки, в рамках которой можно было бы обсуждать такие проблемы.

### **Другие типы оценочного интервью**

Различные детско-подростковые психиатры работают по-разному. Во многих клиниках (особенно это практиковалось в прошлом) родителей интервьюирует социальный работник, а ребенка – детский психиатр. В последнее время этот подход практически не используется.

Некоторые предпочитают встречаться со всей семьей во время первого интервью, полагая, что это поможет более эффективно начать семейную терапию и позволит собрать больше информации о взаимодействии в семье. Верно, что этот подход позволяет психиатру очень быстро собрать много информации, которую невозможно получить каким-либо иным способом, в частности, наблюдая за взаимодействием между членами семьи, когда они соглашаются или не соглашаются друг с другом или даже ссорятся. Однако эта же причина затрудняет проведение оценочного интервью, потому что от семьи исходит сразу очень много информации. Это сильно усложняет управление ходом интервью. В такой ситуации неопытный психиатр может забыть о том, что необходимо выслушать историю семьи и ее проблем, будучи вынужденным постоянно контролировать ситуацию, когда члены семьи кричат друг на друга, но чаще всего защищают друг друга. Важно также помнить о том, что с ребенком необходимо поговорить наедине, особенно это касается подростков. Это еще один момент, который молодой психиатр может легко выпустить из виду.

## Генограмма

Полезным методом интервьюирования семьи в присутствии нескольких ее членов может стать генограмма. Этот метод напоминает составление генетической схемы родословной, но вместо генетики в схеме отображается эмоциональная и социальная жизнь семьи. Генограмму может заполнить ребенок, а другие члены семьи могут добавить свои соображения и замечания по мере составления картины. Пример генограммы показан на Рис.1.

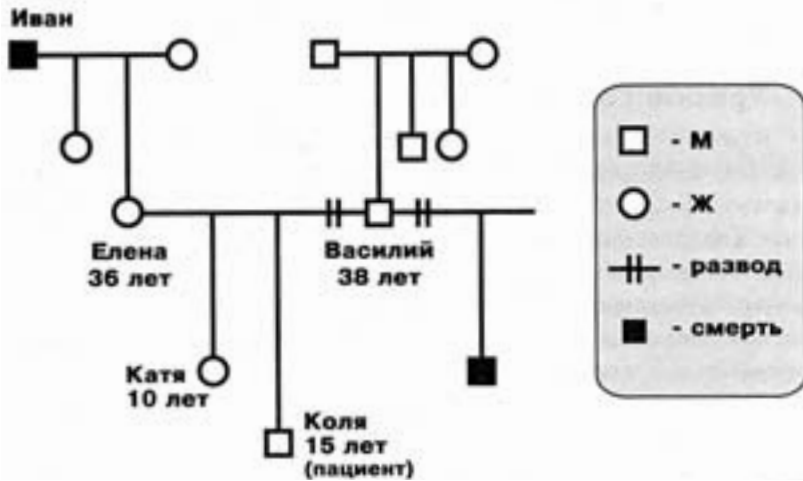


Рис. 1

В этом воображаемом примере мать Елена провела свое детство, ухаживая за своим отцом Иваном. Она вышла замуж за алкоголика Владимира, чтобы получить свободу и «пожить для себя». Она думала, как думают многие жены алкоголиков, что «сможет изменить его». Брак распался, но к моменту его распада у них уже было двое детей, старший из которых и является пациентом. Он уже имел проблемы с правоохранительными органами в связи с несколькими кражами.

С помощью генограммы психиатру и, что более важно, семье было легче увидеть, что случилось с взаимоотношениями в семье. Мать, страдавшая в молодые годы от необходимости ухаживать за своим отцом, попыталась освободиться, но выбрала человека, который, как оказалось, также нуждался в ее уходе, что дало ей возможность продолжить заниматься тем, что она только и умела делать.

## Физическое обследование и органическая болезнь

Бригадам детского психического здоровья часто приходится работать в условиях, где наблюдается общее ухудшение состояния здоровья детей. Тот факт, что основное внимание такие бригады уделяют психическому здоровью и психическим заболеваниям не означает, что можно пренебречь другими патологиями. Вот некоторые из моментов, когда требуется особое внимание и наблюдательность.

В общей детской психиатрии есть абсолютный минимум информации, которую следует собрать. Прежде всего, наряду с данными о родах и об обстоятельствах, сопровождавших роды ребенка, следует выяснить историю болезней, госпитализаций и травм на протяжении детства. История семьи должна включать информацию о возможных наследственных заболеваниях. У всех детей должны быть измерены вес, рост и окружность головы и произведен осмотр кожного покрова. Полезную информацию можно получить, наблюдая за походкой ребенка, когда он входит в ваш кабинет. Приблизительная оценка их способностей может быть сделана на основе рисунков человеческой фигуры и дома.

Есть два аспекта этого раздела работы, которые требуют особого внимания к соматическим симптомам: во-первых, при осмотре детей, проживающих в неблагополучных обстоятельствах, следует обращать внимание на признаки физического насилия, отмечая в ходе тщательного осмотра кожного покрова наличие синяков и ссадин. При возникновении подозрений на насилие или плохое питание следует безотлагательно провести углубленный осмотр, например, изучение костно-суставной системы и, конечно же, измерение роста, веса и окружности головы. Подозрение в употреблении химических веществ должно привести к оценке, во-первых, кожного покрова на наличие следов от инъекций и, во-вторых, к тесту на наличие наркотических средств в организме. При возникновении подозрений в том, что ребенок подвергался сексуальному насилию, следует обеспечить осмотр промежности и гениталий квалифицированным и опытным специалистом, имея в виду при этом, что мальчики столь же уязвимы в отношении сексуального насилия, как и девочки. Высокий приоритет в списке необходимых анализов должны занимать тестирование на ВИЧ и гепатит В и С. (см. Главу 21).

Второй аспект, требующий особого внимания – это оценка детей, имеющих задержку развития. В таких случаях следует, прежде всего, установить, что ребенок действительно отстает в развитии. В Таблице 1.4, представленной выше в данной главе, даются некоторые из «вех», которые можно использовать при проверке уровня развития. В специализированной клинике такая оценка может быть проведена более детально.

Хотя есть общее расписание, касающееся развития маленьких детей, есть весьма отмеченная вариабельность между одним ребенком и другим. Прежде чем сделать вывод о задержке развития, ребенка следу-



ет понаблюдать в течение некоторого времени, Как только станет ясно, что у ребенка есть задержка развития, следует изучить возможные причины этого.

### *Резюме Главы 1*

В данной главе был представлен подход к фиксации истории болезни и оценке, а также даны некоторые рекомендации о том, как общаться и вести беседу с маленькими детьми, детьми школьного возраста и подростками в условиях медицинского учреждения. Цель состоит в том, чтобы помочь ребенку почувствовать, что ему ничто не угрожает, и вселить в него уверенность, что его проблема может быть решена. Вполне возможно вселить веру и оптимизм и при этом иметь реалистичный взгляд на проблему данной семьи. В главе также указана та информация, которая необходима для проведения оценки. Описаны разные варианты собеседования, например, собеседование с семьей в целом, использование генограммы и вопросников. Часто важно провести также физическое обследование.

### *Дополнительная литература*

1. *Angold A.* Clinical Interviewing with Children and Adolescents. In: Rutter M., Taylor E. and Hersov L. Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches. 1994. P. 34–50.
2. *Cox A.* Interviews with Parents In: Rutter M., Taylor E. and Hersov L. Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches. 1994. P. 51–63.
3. *Patterson G. R.* Families: applications of social learning theory. 1975.
4. *Spender Q., Salt N., Dawkins J., Kendrick T., Hill P.* Child Mental Health in Primary Care. Oxford : Radcliffe Medical Press, 2001.
5. *Axline V.* Play therapy UK: Churchill Livingston.

## ГЛАВА 2.

### КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМ, КОТОРЫЕ ОЦЕНИВАЮТ И ЛЕЧАТ СПЕЦИАЛИСТЫ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

#### Что такое детское психическое расстройство?

По мере роста и развития дети сталкиваются со многими проблемами и переживают много кризисов. Первый вопрос, который здесь возникает: а что же это такое – простая проблема «роста», и что такое проблема психического здоровья, которая, возможно, потребует направления в службу детского психического здоровья? Не все дети с проблемами психического здоровья автоматически попадают в такие службы. В Главе 4 приводятся данные популяционного исследования, проведенного в северной части России, в ходе которого было выявлено гораздо больше детей с наличием у них психической проблемы по сравнению с тем количеством, которое попадает на прием к специалистам. В данном руководстве принимается следующее определение: **психическое расстройство представляет собой такое отклонение в поведении, эмоциях или отношениях с другими людьми, которое является достаточно длительным или тяжелым, чтобы вызывать страдание у ребенка или подростка или других лиц** (Rutter et al 1970). Источниками помощи в таких случаях могут быть школа, семья или служба по работе с молодежью. Однако, для оказания помощи детям с психическими проблемами и обусловленными ими расстройствами здоровья существуют службы психического здоровья или психиатрические службы. Такая помощь может оказываться прямо или через сотрудничество с другими специалистами. Однако одним из умений, которым должен обладать специалист в области детского психического здоровья, является умение сказать ребенку или родителям, ребенок не имеет психического расстройства. В данной главе описываются наиболее распространенные или неприятные психические расстройства. В медицине очень важно иметь единый международный язык для общения по поводу проблем здоровья. В психиатрии это обеспечивает Международная классификация психических и поведенческих расстройств Всемирной Организации Здравоохранения. В Приложении 1 представлено обобщенное резюме этой системы. Часть этой системы доступна на русском языке, но, к сожалению, некоторые из наиболее полезных ее особенностей в русском варианте не упомянуты. (См. ссылку в конце данной главы.) Многие социальные, медицинские и психологические проблемы, которые часто сопровождают эти психические расстройства, из краткого русского описания исключены ради большей ясности.

Для многих случаев характерно то, что расстройство не представляет собой полное изменение обычного поведения и проявления эмоций, которые присутствуют у любого ребенка данного возраста. Различие лежит в степени интенсивности и устойчивости эмоций или поведения, которые могут достигать уровня, создающего проблему и для самого пациента, и для тех, кто его окружает. Например, достигает ли тревога при мысли о необходимости идти в школу той степени, когда ребенок просто не может заставить себя пойти туда? Проявляются ли вспышки истерики в степени, нарушающей гармонию в семье, подвергая опасности самого подростка или других людей?

### **Направление со стороны семьи и врачей поликлиник**

Эмоциональные расстройства или проблемы поведения у детей выявляются чаще всего в семье или в школе. Такие проблемы могут быть описаны при помощи терминов **интернализирующее** или **экстернализирующее** расстройство, которые используются для проведения различия между детьми, у которых проблема проявляется преимущественно в виде внутренних душевных страданий, и детьми, которых проблема подталкивает к внешним действиям в условиях социальной среды. Другой аспект эмоциональных и поведенческих расстройств, который отличает их от общемедицинских расстройств, состоит в том, что в большинстве случаев они менее ясно определены. Ребенок, который пришел на прием в психиатрическую клинику, скорее всего, будет иметь признаки, присутствующие более чем одному расстройству. Эта так называемая **коморбидность** часто встречается в обычной амбулаторной практике.

**К интернализирующим проблемам относятся: депрессия (распространенное расстройство).** Основной чертой этого состояния является изменение настроения в сторону уныния и раздражительности. Ребенок теряет жизнерадостность или не получает от жизни удовольствия, при этом такое состояние представляет собой нечто большее, чем преходящее плохое настроение, которое может возникнуть у любого человека. Расстройство не ограничивается лишь изменением настроения. Распространенным признаком, особенно в подростковом возрасте, является также раздражительность. Подросток склонен обижаться на тривиальные замечания, может полностью потерять чувство юмора. Это обычно сопровождается пониженной способностью к концентрации, сосредоточенности на задаче и потерей уверенности в себе. Будущее выглядит пессимистично, могут возникать суицидальные идеи. Имеют место попытки самоубийства, которые, с учетом их возможной успешности, представляют собой одно из самых опасных осложнений депрессии. К соматическим проявлениями относятся нарушения сна и аппетита, общая вялость, апатия. Минимальная продолжительность

значимой депрессии для постановки диагноза составляет две недели и более.

Депрессия у подростков имеет тенденцию к спонтанной ремиссии через несколько месяцев, но характеризуется рецидивирующим течением. Наблюдение за теми, кто страдал депрессией в подростковые годы, показало, что у них рецидивы возникали даже в среднем возрасте (Harrington 2002).

**Биполярное аффективное расстройство.** Расстройство с гипоманиакальными и депрессивными компонентами – распространено среди взрослых, но редко встречается у младших подростков. Что касается детей, не существует единого мнения о том, встречается ли оно у детей вообще.

**Синдром хронической усталости (весьма распространенное расстройство).** Этим названием обозначается группа медицинских проблем, которые вызывают большое беспокойство и страдания у детей и их родителей, но при этом симптомы являются неопределенными и различными в различных случаях. Это расстройство не включено в МКБ-10, но встречается главным образом в первичном звене. Ребенок может жаловаться на мышечные боли, ухудшение концентрации, боли в горле, болезненные и увеличенные лимфатические узлы, боли в суставах, головные боли, сон, который не освежает, чувство болезненности после физических упражнений, симптомы тревоги и депрессии. Эта болезнь может мешать ребенку или подростку посещать школу в течение многих месяцев. Иногда врач как-то обозначает такое состояние, но реальное облегчение не достигается. Часто хороший эффект дает режим мягкой, но настойчивой реабилитации и психологической поддержки, оказываемой и ребенку, и семье.

**Тревожные расстройства (распространенное расстройство).** Как и в случае депрессии, состояние тревоги является частью обычной человеческой жизни. Оно заслуживает внимания специалистов тогда, когда уровень эмоции начинает беспокоить слишком сильно или становится стойким. Наиболее распространенными видами расстройств в данной группе являются следующие:

**Фобическое тревожное расстройство.** В этих случаях тревогу вызывают конкретные ситуации или предметы, например, замкнутое пространство (клаустрофобия) или открытое пространство (агорафобия) или более специфические предметы, например, определенные животные (крысы, мыши или собаки). В каждом случае в основе лежит одна и та же физиологическая реакция. Хотя расстройство может возникнуть в любом возрасте, чаще его начало приходится на ранний детский возраст.

**Генерализованное тревожное расстройство.** Это расстройство характеризуется возникновением чувства тревоги в различных ситуациях и чувства страха при мысли о столкновении с ними в будущем. Возможно возникновение чувства тревоги, которое не связано с какой-либо

географической или социальной ситуацией (так называемая «свободно текущая» тревога, когда пациент не может указать конкретно, что у него вызывает тревогу), и других симптомов, таких как усталость, плохая концентрация и раздражительность. Часто сопровождается коморбидностью, особенно с симптомами депрессии.

***Расстройство в связи с разлукой в детском возрасте.*** Начало приходится на период раннего-среднего детского возраста. Для оценки корней этой эмоциональной проблемы необходимо понимание чувства привязанности ребенка к родителям в раннем детстве. Суть проблемы состоит в том, что ребенок начинает испытывать беспокойство в связи с возможностью того, что фигура, к которой ребенок привязан, может пострадать, или в связи с тем, что сам ребенок может потеряться или быть разлучен с такой фигурой. Этот основной страх может привести к другим проблемам, таким как неспособность лечь спать в отсутствие фигуры, к которой ребенок привязан, или посещать школу, если это означает разлуку с этим человеком.

***Паническое расстройство.*** Это расстройство может возникнуть у подростков старшего возраста. Оно заключается в интенсивном чувстве страха с внезапным началом болей груди, сердцебиения и чувства нереальности. Часто возникает страх смерти или потери контроля. Это расстройство следует отличать от фобического расстройства, так как здесь отсутствует конкретный объект, вызывающий фобию.

***Реактивное расстройство привязанности детского возраста.*** Характерными для этого состояния являются боязливость и настороженность во всех социальных ситуациях, которые не исчезают при утешении. Частыми и стойкими проявлениями являются агрессия к себе и другим. Обычным является страдание. Почти наверняка это расстройство является результатом жестокости или пренебрежения со стороны родителей или других опекунов. У ребенка возможно истощение и пониженный вес.

***Обсессивно-компульсивное расстройство.*** При этом расстройстве беспокойство вызывают навязчивые мысли, которые в лучшем случае вызывают чувство стыда, а в худшем – рассматриваются ребенком как признак безумия. Он безуспешно старается сопротивляться таким мыслям. Обсессивно-компульсивные симптомы считались редкими, но недавние исследования вскрыли тот факт, что они на самом деле являются распространенными, но дети стыдятся их и пытаются скрыть. Обсессивно-компульсивные симптомы могут встречаться как симптом «субклинического» расстройства, как симптом обсессивной болезни или как часть депрессивной болезни.

***Посттравматическое стрессовое расстройство.*** Возникает как реакция на событие, которое вызовет стресс почти у любого человека (например, природная или техногенная катастрофа, боевые действия или насильственная смерть). Типичные симптомы – переживание травмы в виде вторгающихся в сознание воспоминаний на фоне чувства оцепе-

нелости и отчуждения от других людей и избегания того, что может напомнить о травме. Это сопровождается состоянием высокой автономной активации, например, бессонницей, тревогой и депрессией. Влияние синдрома после момента травмы сохраняется до шести месяцев.

**Шизофрения (редкое расстройство в детстве).** Симптомы шизофрении можно разделить на две группы: с одной стороны, это так называемые положительные **симптомы**, такие как перцептивные отклонения, включая бред и галлюцинации, особенно слуховые, тревога и возбуждение, с другой стороны это **негативные симптомы**, когда в настроении доминирует апатия, мышление становится неопределенным и дезорганизованным. Эмоциональная сфера характеризуется уплощенностью и неадекватностью. У детей и подростков обычно в большей мере проявляются негативные симптомы, которые, учитывая отсутствие у них драматического качества положительной симптоматики, можно легко пропустить при поверхностной оценке. Ранняя шизофрения часто развивается на фоне возникшего отставания в развитии языка и чтения; гиперактивности или общей задержки психического развития (Hollis 2002 и Глава 22 в данной книге).

### Экстернализирующие проблемы

Как следует из самого названия этой категории расстройств, в нее входят такие проблемы, которые характеризуются внешними проявлениями дома, в школе и в социуме. К специфическим клиническим синдромам данной категории относятся:

**Гиперкинетическое расстройство (распространено, особенно среди мальчиков).** Начало обычно приходится на первые пять лет жизни. Главные характеристики – отсутствие упорства при выполнении задач, тенденция переходить от одного занятия к другому, не завершая ни одно из них, при этом деятельность характеризуется дезорганизованностью, слабой регулируемостью, чрезмерной активностью. Для постановки диагноза указанные признаки должны проявляться в более чем одной социальной ситуации, например, дома и в школе. Проблемы могут сохраняться в школьные годы и даже переходить во взрослую жизнь, хотя во многих случаях часто наступает постепенное улучшение. В этот период проблемы таких детей часто умножаются. В более позднем возрасте импульсивность таких детей и их потребность доминировать делают их непопулярными среди других детей и взрослых, в связи с чем они могут попасть в социальную изоляцию. Они безрассудны, склонны попадать в происшествия, часто сталкиваются с трудностями из-за нарушения установленных правил в школе, дома, имеют проблемы с законом.

**Гиперкинетическое расстройство поведения.** Часто гиперкинетическое расстройство трудно отличить от расстройства поведения. Если

присутствуют оба диагноза, гиперкинетическое расстройство должно иметь приоритет. Гиперкинетическое расстройство поведения диагностируется, когда обе тенденции присутствуют в равной мере (Taylor 1994).

**Расстройство поведения (распространено).** Эта группа расстройств характеризуется стойким, повторяющимся антиобщественным, агрессивным или вызывающим поведением. В своих крайних проявлениях оно представляет собой серьезное нарушение социальных ожиданий, превышающее по степени обычное детское или подростковое непослушание или бунтарство.

Часто считается, что дети и подростки, вовлеченные в совершение серьезных правонарушений, имеют это состояние. Но отдельные преступные действия сами по себе не являются основанием для постановки диагноза, так как здесь отсутствует привычный паттерн совершения таких действий. Оно также не включает, например, и подростковую депрессию, при которой юноши демонстрируют определенное бунтарское и антиобщественное поведение как часть своей проблемы.

Расстройство поведения, имеющее раннее начало – так называемое «пожизненное», ассоциируется с более тяжелыми и стойкими проблемами, чем расстройство, имеющее более позднее начало – так называемое «ограниченное подростковом возрастом». Было показано, что такие дети имеют более высокий уровень проблемных особенностей темперамента, таких как неусидчивость и невнимательность, которые могут дать основания для постановки диагноза гиперактивного расстройства поведения. Лонгитюдные исследования показали, что в более поздней период жизни обычными для них становятся социальное отчуждение и делинквентность.

В рамках расстройства поведения описываются четыре субкатегории, каждая из которых характеризуется представленным выше основным описанием с некоторыми дополнительными особенностями.

**Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи.** При этой форме расстройства нарушения поведения полностью ограничены рамками семьи. Это, например, могут быть кражи у членов семьи или причинение ущерба имуществу членов семьи.

**Несоциализированное расстройство поведения.** При этом типе расстройства антиобщественное поведение и агрессия сопровождаются стойкими проблемами в отношениях ребенка с другими детьми. Ребенок является либо непопулярным среди других детей и отвергается ими, либо изолируется ими. Делинквентность, если она присутствует, проявляется в форме отдельных правонарушений, насилия и запугивании других. Равным образом распространены приступы истерики, неконтролируемый гнев и причинение ущерба имуществу.

**Социализированное расстройство поведения.** Дети, включаемые в эту группу, способны к длительной дружбе со сверстниками, некоторые из которых не принадлежат к антисоциальной группе, хотя это до некоторой степени определяется существующей субкультурой района проживания.

**Оппозиционно-вызывающее расстройство.** Это расстройство характеризует детей в возрасте до 9–10 лет, которые демонстрируют стойкий паттерн негативного, враждебного, вызывающего и деструктивного поведения в степени, превышающей норму. Более тяжелые проявления расстройства поведения отсутствуют, но не ясно, обусловлено ли это тем, что такие дети еще маловозрастны, и эти особенности могут проявиться позже, или тем, что их расстройство принадлежит к относительно легкому типу.

**Смешанное эмоционально-поведенческое расстройство.** Как уже упоминалось в этой главе, коморбидность является весьма распространенным явлением при детско-подростковых психических расстройствах. Например, достаточно часто ребенок с расстройством поведения также имеет симптомы депрессии или тревоги. В некоторых случаях главную проблему составляют и эмоциональные расстройства, и расстройства поведения вместе. Такая проблема представляет собой смешанное эмоционально-поведенческое расстройство.

**Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.** Психоактивные вещества представлены широким разнообразием: алкоголь; опиоиды; каннабиноиды; седативные средства; кокаин; другие стимулянты; галлюциногены; табак; растворители, и одновременное употребление нескольких наркотических средств. Каждый из этих типов рассматривается отдельно в классификации ВОЗ. Равным образом важно состояние пациента во время приема. К таким состояниям относятся: (1) острая интоксикация. (2) употребление в степени, достаточном для того, чтобы причинить вред пациенту. (3) синдром зависимости. (4) состояние отмены с делирием или психозом или без них. Очень редко все эти клинические состояния развиваются в детском или подростковом периоде, так как они могут указывать на запущенное заболевание. Однако, в общей картине некоторые случаи могут характеризоваться всем диапазоном развития алкогольной или наркотической зависимости.

## **Расстройства развития (весьма распространены)**

Нельзя сказать, что эти проблемы являются «болезнью» в каком-либо смысле этого слова, но они являются причиной страданий и проблем в личном развитии и для родителей и семей, и для самих детей различного возраста. Чаще они присутствуют в составе более сложной картины коморбидных проблем как в интернализирующих, так и в экстернализирующих расстройствах.

Ниже приводится краткое описание наиболее распространенных из них для условий семейной среды:

**Общие расстройства развития – также называемые расстройствами аутистического спектра (эта группа в целом имеет весьма**



**широкое распространение).** Эта группа расстройств имеет в основе три особенности: (1) отклонения в социальном взаимодействии, (2) коммуникативные ухудшения и аномалии и (3) ограниченность интересов стереотипными повторяющимися действиями. Детский аутизм обычно воспринимается как наиболее характерный пример этой группы расстройств. Он чаще всего присутствует с рождения, но становится все более очевидным на втором году жизни. Трудности и инвалидность будут, скорее всего, пожизненными.

В некоторых случаях расстройство связано с каким-то основным медицинским состоянием, таким как инфантильные спазмы, врожденная краснуха, туберозный склероз, церебральный липидоз или аномалия хрупкой X-хромосомы (см. Главу 7).

Кроме того, оно может указывать на прогрессирующее серьезное заболевание в случаях, когда квалифицируется как дезинтегративный синдром, что является результатом разрушения развивающихся тканей мозга. До недавнего времени это состояние было редким, но с учетом пандемии ВИЧ оно может стать намного более распространенным, будучи при этом потенциально предотвратимым и излечимым.

Умственная отсталость определенной степени присутствует в большинстве случаев устойчивых расстройств развития (см. Главу 23 и Приложение 1).

### **Направление от школ: эмоциональные и поведенческие трудности в школе**

Дети младшего возраста, впервые идущие в школу, сталкиваются с более широким миром в классе и на детской площадке. До этого они могли быть под постоянным присмотром матери или бабушки или могли посещать ясли или детский сад. В любом случае в незнакомой школьной среде возникают новые требования и стрессы. Здесь могут проявиться проблемы в развитии или психологической адаптации, которые были пропущены в ходе медицинского наблюдения до школы.

Дети, выросшие в домашних условиях, с большей долей вероятности могут испытать повышенные стрессовые нагрузки в школе. Это может привести к развитию у них тревожных расстройств различного типа, которые, при должном лечении, в основном имеют хороший прогноз. Через некоторое время более очевидными становятся проблемы, являющиеся более специфичными для школьной среды.

К ним относятся:

**Специфические расстройства речи и языка.** Речь и язык развиваются поступательно на второй, третий и четвертый годы жизни. Если задержка развития имеет раннее начало, она может быть следствием специфического расстройства речи и языка. Такая проблема не обуслов-

лена неврологическими или речевыми механизмами и не вызывается умственной отсталостью или факторами окружающей среды. Ребенок может лучше общаться в знакомых ситуациях, но языковая способность нарушена во всех ситуациях. Для ребенка или семьи очень важно, чтобы был поставлен правильный диагноз и чтобы его поведение не было неправильно интерпретировано как следствие общей умственной отсталости, глухоты или расстройства аутистического спектра. Компетентная, всесторонняя оценка развития и проверка слуха ребенка должны помочь поставить правильный диагноз.

**Специфическое расстройство развития учебных навыков.** Задержки развития такого рода наблюдаются на этапе раннего развития навыков чтения, правописания и арифметики, при этом они не вызваны отсутствием возможностей или приобретенным неврологическим дефицитом. Задержка развития чтения может последовать за более ранней задержкой в развитии речи и языка. Эти проблемы, по-видимому, обусловлены пока еще плохо понятыми процессами обучения, которые частично наследуются. Опять же, очень важно, чтобы эти дети не считались просто глухими. Зачастую это совсем не так. Такие задержки развития могут иметь место в сочетании с гиперкинетическим синдромом или расстройством поведения. Здесь необходима тщательная диагностическая оценка с целью отличить специфическое расстройство от общей умственной отсталости или нарушений зрения или слуха. Последние следует исключить перед постановкой диагноза. Термин «**дислексия**» означает почти то же, что и специфическое расстройство чтения, но предназначено для применения к более тяжелым случаям.

## *Резюме Главы 2*

В данной главе описан ряд расстройств детского возраста, которые могут потребовать специализированных знаний работников детско-подростковой службы психического здоровья. Объем данного руководства не дает возможности дать полное определение каждого из представленных расстройств, но их можно найти в МКБ-10. Дальнейшая информация о характере и перспективах лечения многих из описанных расстройств приводится в последующих главах этой книги.

**Примечание:** полное обоснование необходимости применения классификации МКБ-10 приводится в Приложении 1 в конце данной книги.

### *Дополнительная литература*

1. Международная Классификация Болезней (10-й пересмотр). Классификация психических поведенческих расстройств.
2. World Health Organisation. *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders*. Cambridge University Press, 1996.
3. *Rutter M., Tizard J. and Whitmore K.* Health, Education and Behaviour London : Longman, 1970.
4. *Taylor E.* Syndromes of Attention Deficit and Hyperactivity. In: Rutter M., Taylor E. and Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches* London : Blackwell, 1994.
5. *Harrington R.* Affective Disorders In: Rutter and Taylor. 2002. P. 463 – 485.

## ГЛАВА 3.

### ФОРМУЛИРОВКА И ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

#### Планирование лечения психических расстройств детско-подросткового возраста

В данной главе обсуждается вопрос резюмирования клинической проблемы, с которой обратился ребенок и его семья, описывается способ обобщения анамнеза, психического состояния, данных физикального обследования и специальных тестов и построение на их основе лечебной гипотезы, а также перевод этой гипотезы в действие в форме плана лечения. Это мы называем формулировкой. Формулировка используется в данной книге в упрощенной форме, необходимой для того, чтобы предоставить обратную связь семье, как это описано в Главе 1. Если формулировка слишком сложная, или даже если нет, семья может не понять ее или не сможет вспомнить ее впоследствии. Будьте готовы повторить ее полностью или какие-то ее части. При предоставлении обратной связи не следует критиковать членов семьи, важно быть как можно более оптимистичным. Если приходится сообщать неприятную новость, например, о том, что ребенок страдает ранее не выявленной и неизлечимой умственной отсталостью, семья, скорее всего, испытает шок. В этом случае следует предложить семье какие-то позитивные моменты, например, оказание семье поддержки в плане образования. Необходимо сделать так, чтобы семья ушла с приема с чувством, что их не оставляют один на один с их трудностями.

Клиницист также должен довести до родителей тот факт, что они несут ответственность за ребенка, при этом уже на раннем этапе можно начинать оценку того, могут ли они принимать участие в лечении, и если да, то в какой форме.

Первая формулировка, представленная в виде обратной связи семье, будет временной, и, вероятно, будет уточнена на основе последующего анализа информации от школы, из истории болезни или информации, полученной с помощью дальнейших специальных методов обследования, например, электроэнцефалографии или нейросканирования, если таковые будут назначены. Даже если у психиатра еще нет полного понимания проблемы, необходимо поделиться с семьей тем пониманием проблемы, которое у него имеется на данный момент. Тема формулировки и ее применения в лечении будет поднята вновь в Главах 12 и 13 при обсуждении вопросов поведенческой и когнитивной терапии.

## Как составлять формулировку

Формулировка – это резюме наиболее значимых моментов случая, составленное таким образом, чтобы подчеркнуть главные вопросы в данной клинической проблеме и дифференциальном диагнозе и задать направление для определения лечебной гипотезы и составления плана лечения.

В Главе 2 и Приложении 1 мы описали, как можно обеспечить определение, классификацию и понимание любого случая, используя схему многоосевой классификации ВОЗ. Было подчеркнуто, что классификация помогает дифференцировать одно психическое расстройство от другого, провести обсуждение диагноза и других соответствующих вопросов с коллегами. Сама по себе классификация не может дать чего-то большего. Формулировка же помогает продвинуться намного дальше в процессе оценки и лечения. Она может быть использована для анализа дифференциального диагноза и для рассмотрения возможных причинных механизмов, которые могут указать путь к эффективному лечению и организации помощи. В основе расстройства могут присутствовать и другие факторы влияния, которые «подпитывают» проблему. Например, в случае Майкла, упомянутого в начале Главы 1, постоянная критика мальчика со стороны матери могла быть тем фактором, который усиливал в нем чувство злости и усугублял плохое поведение, которое к моменту консультации уже привело к исключению из школы и постоянному разрушению возможностей построения нормальной жизни.

С другой стороны, в этой ситуации, возможно, имелись положительные факторы, зафиксированные в правильно составленной истории болезни. Например, у мальчика мог появиться новый отчим, гораздо лучше к нему относящийся. Такое изменение в жизненных обстоятельствах может стать очень важным положительным моментом. Учитывая такие аспекты, в формулировке анализируются и взвешиваются виды лечения, которые могут дать положительный эффект, и затем принимается решение по плану лечения.

В центре формулировки лежит концепция лечебной гипотезы. Во многих случаях лечение может быть представлено в виде ряда вариантов. Например, стационарное лечение не может быть рекомендовано до тех пор, пока не будет пройден курс амбулаторного лечения и не будет установлено, что он не принес желаемого эффекта. Причины этого кроются не только в том, что стационарное лечение является более дорогостоящим, но также в том, что оно действует негативно на ребенка и семью. В России во внимание приходится принимать и другие факторы, например, иногда семье приходится проехать большое расстояние, чтобы получить совет специалиста.

Можно задать обоснованный вопрос: а зачем так усложнять жизнь? Не достаточно ли просто поставить диагноз, чтобы начать лечение? Име-

ется несколько причин, почему необходима более полная оценка. Главная причина заключается в том, что детские психические проблемы обычно отличаются сложностью и многогранностью. Как мы увидим в приведенном ниже примере, эти различные грани проблемы часто настолько переплетены, что исход невозможно вписать в рамки простого диагноза. Второй момент состоит в том, что в медицине при лечении многих заболеваний, особенно длительно текущих хронических соматических заболеваний, таких как астма, диабет, неврологические нарушения, повышенное внимание следует уделять семье ребенка и окружающей его социальной ситуации, общему развитию и вопросам образования.

Схема составления формулировки представлена в простой форме в Таблице 3.1.

*Таблица 3.1*

<b>Структура формулировки</b>
Опишите проблему. Кто жалуется? (например, проблемы в школе, нет друзей, отставание в школе).
Составьте список всех проблем и тех, от кого исходят жалобы. Затем расставьте их по категориям, используя специальные тесты (психологические тесты, ЭЭГ и т. д., если таковые назначены).
а) Клинический психиатрический синдром
Используйте МКБ-10 как основу и приведите доводы в пользу вашего выбора синдрома.
б) Расстройства развития - 2 группы
i) Специфические расстройства, например, речи и языка, моторных навыков, школьных навыков, смешанные.
ii) Общие расстройства развития. Аутизм, синдром Аспергера. Расстройства аутистического спектра и т. д.
с) Общий уровень развития
Проверяется с помощью IQ-тестов (тест Векслера) или истории развития. Ищите связь между различными аспектами клинической картины или укажите причинные связи между различными аспектами проблемы.
<b>Обратите внимание на положительные аспекты в ребенке, в жизни семьи и ее окружении, которые могут способствовать успеху плана лечения.</b>
Используйте эту структуру для того, чтобы решить, какие аспекты проблемы являются самыми серьезными и наиболее поддающимися лечению.

Выработайте план дальнейшего обследования и лечения.
------------------------------------------------------

Поделитесь своими выводами с семьей и предложите им варианты лечения.
-----------------------------------------------------------------------

Можно заметить, что большинство приводимых в схеме заголовков были описаны в предыдущих двух главах. Однако цель формулировки другая, нежели простое определение и классификация. Она состоит в том, чтобы выявить наиболее важные аспекты случая, связать их воедино значащим образом и выдвинуть лечебную гипотезу, которая будет вести далее к практическим действиям.

### **Пример оценки случая с использованием многоосевого диагноза и формулировки**

Приведенный ниже практический пример сложен, но выбран для того, чтобы проиллюстрировать применение системы многоосевого диагноза и выработки формулировки (см. Приложение 1 и Международную классификацию болезней МКБ-10), где приводится более подробное описание классификации). В детско-подростковой психиатрии часто встречаются сложные случаи, в которых могут присутствовать различные аспекты одного и того же основного диагноза или, с другой стороны, различные диагнозы, которые не имеют никакого отношения друг к другу.

#### ***Женя, 16 лет***

Женя направлен на прием из-за выраженных аффективных и истероформных вспышек, которые стали причиной многих проблем. В школе детям доставляло удовольствие дразнить Женю, чтобы разозлить его, потом они с удовлетворением наблюдали за тем, как Женя получает нагоняй за нарушение дисциплины в классе. Мать Жени жаловалась, что дома он выходит из себя по самым незначительным поводам. Например, как-то весь вечер он кричал, хлопал дверьми и разбрасывал вещи только потому, что батарейка на его игрушечном автомобиле разрядилась. Важной деталью явилось то, что батарейка разрядилась, когда все магазины были уже закрыты. Женя потребовал, чтобы его младшая сестра дала ему батарейку от одной из ее игрушек, хотя эта батарейка не соответствовала по типу! Она согласилась, но когда Женя понял, что батарейка не подходит, у него снова началась истерика, и он обвинил сестру во всех его бедах!

Его отношения с 14-летней сестрой плохие, так как ей надоело его возмутительное иррациональное ребяческое поведение.

Женя был направлен в клинику его школой-интернатом. Он ходил

в школу каждый день, но один раз в неделю оставался там на ночь. Это делалось для того, чтобы он имел возможность общаться с другими детьми и заводить себе друзей.

В школе он был одинок. На вопрос, есть ли у него лучший друг, он ответил, что есть один мальчик, который ему нравился, но не мог вспомнить его имя. Вряд ли такой мальчик существовал вообще. Дома Женя любил кататься на велосипеде, кататься на роликовых коньках, играть в компьютерные игры. Однако он это делал в одиночестве. У него не было каких-либо странных или необычных интересов.

Во время интервью Женя «придумал» себе семью, сказав, что у него три брата и две сестры, назвал их имена, которые, как оказалось, были вымышленными. На самом деле, у него была одна сестра в возрасте 14 лет. Ничего более существенного Женя при первом собеседовании не сообщил. Он говорил монотонным голосом без естественных интонаций. Его язык был простым и необразным. При внешнем осмотре обнаружен небольшой кифосколиоз, веснушки и несколько пятен цвета «кофе с молоком» на коже.

Мать Жени была одинока. Муж развелся с ней несколькими годами ранее. Это был внезапный разрыв брака, который до того казался гармоничным. Женя редко виделся с отцом после развода. Как было заявлено, отец не смог смириться с тем, что ребенок страдает задержкой развития и ведет себя эксцентрично.

Имелась весьма обширная медицинская карта. Из нее следовало, что беременность у матери Жени протекала нормально, но схватки были отсрочены во второй стадии, и потребовалось родоразрешение посредством высокого наложения щипцов. Женя начал дышать сразу и показатель по шкале Апгара через 1 минуту составил 7 баллов, т. е. в пределах нормы.

Первые признаки проблемы проявились в возрасте 9 месяцев, когда во время осмотра была выявлена мышечная гипотония и отставание в моторном развитии (мальчик еще не умел сидеть). В последующие месяцы проявились и другие признаки отставания в развитии. Он поздно, только в 19 месяцев, начал ходить. Сохранялся сниженный мышечный тонус, расходящееся косоглазие и сниженное зрение, несмотря на очковую коррекцию. Наиболее серьезной проблемой являлось отставание в развитии речи, так, в возрасте 18 месяцев ребенок использовал всего несколько слов. В 4 года он уже говорил свободно, но его речь была социально неадекватна, полна грамматических ошибок, с бессмысленными вопросами и утверждениями, не соответствующими контексту, многочисленными эхолалиями (неконтролируемым повторением слов, услышанных в чужой речи). Его социальное поведение было также неадекватным. Взаимодействие с матерью было крайне ограниченным; он избегал зрительного контакта, сопротивлялся при попытке приласкать его или приблизиться к нему вплотную.



В ранние годы жизни Жене был выставлен диагноз бронхиальной астмы, которая потребовала применения сальбутамола, но ее проявления исчезли вскоре после начала обучения в школе.

В возрасте 4,5 года наступило значительное улучшение, появились некоторые признаки образной игры, что указывало на способность думать на языке и осмысленно выражать свои чувства. Это называется «внутренним языком». При физикальном осмотре обнаруживалось снижение мышечного тонуса и неуклюжесть правой нижней конечности, пятна цвета «кофе с молоком» на коже, расходящееся косоглазие, острота зрения в очках справа 6/12, слева 6/18.

В возрасте 5,5 лет Женя пошел в школу. Было отмечено, что он был очень эмоциональным, легко сердился или начинал плакать, если что-то его расстраивало. Опытный школьный психолог оценил общий уровень его способностей как нормальный.

Когда Жене было 12 лет, он упал с крыши во время игры и получил сотрясение мозга. На пути в больницу у него был генерализованный судорожный приступ, но в больнице серьезных травм не обнаружили. Он был выписан через несколько дней с нормальными показателями ЭЭГ и компьютерного сканирования.

С самого начала Женя нуждался в специальном образовании. Трудности в письме и неуклюжесть по-прежнему остаются проблемой.

### **Многоосевой диагноз по МКБ-10**

В этом этапе многоосевой диагноз следующий (используя номенклатуру и систему нумерации МКБ):

**Ось 1. Клинический психиатрический синдром: F84.3** Общие расстройства развития (см. Главу 23).

**Ось 2. Специфическое расстройство развития: F83** Смешанные специфические расстройства развития, моторная неловкость (см. Приложение 1).

**Ось 3. Интеллектуальный уровень: XX** Нормальный интеллект.

**Ось 4. Соматическое здоровье: J40** Ранняя астма; однократный генерализованный судорожный приступ в анамнезе, значимость не определяется.

**Ось 5. Психосоциальные стрессоры: 5.1** Аномальная ситуация в семье – одинокий родитель в разводе.

**Ось 6. Умеренная социальная инвалидизация по двум функциям: 4** не имеет друзей и нуждается в специальном образовании.

## Формулировка

Евгений, 16 лет, направлен по поводу выраженных аффективных и истероформных вспышек. С рождения имеет отставание в речевом развитии наряду со значительными трудностями в социализации, которые включают в себя полное отсутствие социальной эмпатии и одиночество. С другой стороны, у него не наблюдаются характерное сопротивление переменам и стереотипность поведения, типичные для классического аутизма. Евгений имеет значительную степень инвалидизации вследствие общего расстройства развития. Наличие данной патологии имеет отношение к текущей проблеме отсутствия у него эмпатии и понимания, которая связана с его иррациональными эмоциональными вспышками. Уже в течение длительного периода времени демонстрирует неспособность контролировать свои эмоции. Кроме этого, у Евгения есть признаки другого возможного неврологического расстройства, хотя его наличие не было подтверждено. Его общая моторная неловкость и неспособность к эмоциональному контролю свидетельствуют о возможной дисфункции центральной нервной системы, а пятна «кофе с молоком» указывают на возможный нейрофиброматоз, хотя данные ЭЭГ и компьютерной томографии не подтверждают это. Единственный генерализованный судорожный приступ в этом контексте может иметь существенное значение. Необходимо провести более тщательное обследование центральной нервной системы Евгения. Это особенно важно, поскольку, вполне возможно, у него есть доминирующий ген, который может иметь значение для будущих поколений. Поэтому может потребоваться генетическая консультация. Диагноз также будет иметь значение для оказания помощи Евгению в будущем, и особенно это касается зрения, которое уже нарушено в значительной мере. Маловероятно, что его проблемы каким-либо образом связаны с родовой травмой, как подозревает его мать. Несмотря на поперечное положение и родоразрешение посредством высокого наложения щипцов, при рождении он был здоров, без признаков травмы. Родовая травма не могла привести к клинической картине, наблюдаемой у Евгения. Хотя родители Евгения расстались за несколько лет до времени консультации, крайне маловероятно, что причиной этого послужили проблемы Евгения, но его проблемное поведение могло стать дополнительным фактором распада брака.

Евгений нуждается в помощи в отношении эмоционального контроля и отсутствия эмпатии. Программа помощи должна быть простой и конкретной, поскольку основное расстройство отсутствия эмпатии означает, что он может постепенно научиться понимать людей, но этот процесс нельзя насильственно ускорить с помощью терапии. С другой стороны, конкретная программа обучения построению отношений с людьми может принести большую пользу. Ее эффективность можно усилить с помощью анксиолитических препаратов, и следует рассмотреть пробное назначение такого препарата, если психологическая терапия не даст быстрого улучшения.

Статус матери-одиночки вряд ли имеет отношение к проблеме Евгения. У нее много друзей, ее отношение к проблеме Евгения характеризуется озабоченностью любящего родителя, и она не демонстрирует признаков серьезного стресса.

В аспекте дельнейшей жизни в целом попытки скорректировать личностные особенности Евгения вряд ли принесут большие изменения. Вероятно, произойдет дальнейшее созревание, которое невозможно ускорить при помощи какой-либо из известных терапий. Скорее, люди вокруг него научатся терпимо относиться к его странностям.

### **План дальнейшего обследования и лечения**

Необходимо дальнейшее неврологическое обследование с тем, чтобы подтвердить или опровергнуть предварительный диагноз нейрофиброматоза. Для этого потребуются офтальмологическое обследование и консультация генетика для всей семьи.

Психологическая помощь в отношении его аффективных и истероформных вспышек, т. е. программа «управления гневом». Пробное назначение малых нейролептиков, например, тиоридазина, если не произойдет быстрого улучшения в ответ на программу управления гневом.

Следует оказать поддержку и предоставить объяснение ситуации матери, включая поощрение ее усилий. Она отлично заботится о Жене.

Хотя сестра еще только подросток, ее жизнь особенно затруднена, и ей может потребоваться поддержка матери и других родственников. Полезно было бы ее участие в группе самопомощи, которую ведет клиника, если она готова ее посещать.

### **Прогноз**

Родители всегда хотят знать, что ожидает их ребенка. При этом, однако, очень трудно быть уверенным, что вы даете точную информацию. Очевидно, важно дать надежду, если это возможно, но психиатр не должен бояться сообщить плохую новость родителям, если это необходимо. На основе исследований были составлены рекомендации, как это можно сделать.

В случае Жени его мать хорошо понимала, что он останется дезадаптированным и потребует особой помощи и защиты на протяжении многих лет. Она озабочена тем, чтобы его инвалидизация не стала обузой для ее дочери, и поэтому полна решимости использовать все свое влияние для подготовки к будущему, даже на случай своей смерти (она еще молода, и мы будем надеяться, что это случится в весьма отдаленном будущем). В Британии и в некоторых регионах России группы родителей уже создают ассоциации для защиты интересов своих детей. Мать Жени,

например, могла бы вступить в «Аспергеровское общество» или даже «Общество аутистов» для получения поддержки и обмена идеями.

### **Общее замечание в отношении объявления прогноза**

Важно, чтобы плохую новость сообщил старший по положению, опытный человек, а не младший персонал. Следует также назначить контрольную встречу. Родители будут потрясены новостью о том, что их ребенок страдает, например, аутизмом или другим неизлечимым расстройством типа дезинтегративного психоза. Им потребуется время, чтобы воспринять информацию, и им следует предоставить возможность прийти вновь и задать вопросы. Важно также порекомендовать родителям, что они могут сделать, чтобы поддержать ребенка или способствовать его развитию, даже если перспектива в целом неблагоприятна.

### **Что дала формулировка?**

Легко видеть преимущества такого подхода. Была выявлена возможная роль лежащей в основе расстройства неврологической болезни. Как известно, нейрофиброматоз является одним из тех неврологических нарушений, которые обычно имеют связь с расстройствами аутистического спектра, и план лечения обращает внимание на важность этого, например, в виде необходимости в генетическом консультировании. Было установлено, что другие характеристики этого случая, которые, на первый взгляд, могли иметь значение, оказались не столь важными, как, например, развод родителей. Это позволяет психиатру сосредоточить лечение на тех аспектах, которые могут принести реальный эффект.

### *Резюме Главы 3*

**Примечание:** Полное обоснование применения классификации МКБ-10 приводится в Приложении 1 в конце данной книги.

Основной темой данной главы является диагностика и переход к планированию лечения. Простая диагностика возможна в работе детско-подросткового психиатра, но МКБ-10 и структура многоосевой системы дают врачу возможность осуществить гораздо более широкий анализ на основе систематизированной информации о клиническом диагнозе, общих и специфических моментах развития ребенка. Такой подход позволяет врачу рассмотреть одновременно все трудности, связанные с социальной ситуацией и соматическим здоровьем ребенка. При работе с детьми и их семьями эти отдельные факторы часто оказываются взаимосвязанными при планировании лечения.

## ГЛАВА 4.

### ОТКЛОНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У РОССИЙСКИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

*Е. Р. Слободская, Государственное Учреждение Научно-исследовательский Институт физиологии Сибирского Отделения Российской Академии медицинских наук.*

В эпидемиологических исследованиях установлено, что в развитых странах психические расстройства имеются примерно у 10 % детей и подростков. В развивающихся странах общая частота расстройств несколько выше, но не превышает 15 %. В странах, находящихся в процессе реконструкции, таких как Россия, частота расстройств может быть выше вследствие сочетания неблагоприятных факторов – семейных, социальных, экономических и политических.

Важными факторами психического здоровья могут быть новое богатство и бедность, при этом семьи с детьми – наименее обеспеченные в современной России. Из-за низкой продолжительности жизни существенное значение приобретает преждевременная смерть родителей. Растет число семей с одним родителем – в 1994 г. их было 20 %, и 94 % из них возглавляла женщина. В Новосибирской области почти у 30 % подростков в семье нет отца. Растет социальное сиротство: число детей, находящихся на попечении государства с 1980 по 1990 гг. возросло на 50 %, составив более 600 000 в 1995 г., у 95 % из них были живые родители. Возрастает число детей до 14 лет, находящихся за пределами системы обязательного образования, в вечерних школах учатся дети с 11 лет.

В широкой печати и в профессиональных изданиях отмечается рост наркомании, преступности, самоубийств и психосоматических заболеваний у детей и подростков. С 1993 до 1998 г. число молодых людей, состоящих на учете по поводу наркомании, возросло в 2,7 раза, по поводу алкоголизма – в 7 раз; за последние 10 лет вдвое выросло число самоубийств среди мальчиков 15–19 лет. И специалисты, и средства массовой информации выражают свою озабоченность. Встречаются сведения о том, что от 40 до 80 % школьников имеют отклонения психического здоровья. На наш взгляд эти цифры, скорее всего, являются преувеличением: трудно согласиться с тем, что дети с выраженными отклонениями, нуждающиеся в помощи специалистов, могут составлять существенную часть населения нашей страны.

Столь существенные различия в статистике, скорее всего, объясняются различными подходами к выявлению отклонений психического

здоровья. В настоящее время специалисты приходят к согласию о том, что если диагностировать отклонения только на основании имеющейся симптоматики, частота расстройств оказывается неоправданно высокой. Поэтому последние классификации – МКБ-10 Всемирной Организации Здравоохранения и американская классификация психических расстройств DSM-IV определяют большинство распространенных психических расстройств на основании и симптомов, и их влияния. Операциональные критерии ставят условием постановки диагноза то, что симптомы должны приводить либо к значительному страданию ребенка, либо к значительному нарушению возможностей ребенка выполнять нормальные требования каждодневной жизни.

Систематических исследований психического здоровья российских детей было очень мало. Большинство данных, опубликованных в научной печати, не являются репрезентативными и, как правило, используют методы, не позволяющие проводить сравнения. Специалисты в области охраны психического здоровья детей считают, что существующая система психиатрической помощи детям и подросткам нуждается в совершенствовании. Для того чтобы планировать коррекционную и профилактическую работу при ограниченных средствах, необходимо возможно точно оценить психическое здоровье детей и потребность в соответствующих службах. Поэтому эпидемиологические исследования психического здоровья российских детей и подростков с помощью надежных и достоверных методов чрезвычайно актуальны. Новосибирское пилотажное исследование психического здоровья детей, проведенное в 2001–2002 гг. при поддержке Британского фонда Уэллком Траст (The Wellcome Trust), было первым опытом подобного рода в России.

При эпидемиологических исследованиях важно использовать стандартные, зарекомендовавшие себя в мировой практике методы. Только в этом случае возможно сравнение данных, полученных разными исследователями на разных выборках и в разных странах. Начиная с работ Раттера в Великобритании, проводившихся в 60-е гг., методы эпидемиологических исследований психического здоровья детей хорошо отработаны. Показано, что оценки «заболеваемости», полученные в выборках из популяции с помощью скрининговых инструментов – проверочных листов или опросников – хорошо соответствуют результатам детального диагностического оценивания.

Поэтому одной из задач нашего пилотажного исследования была валидизация русской версии опросника детской психопатологии «Сильные стороны и трудности ребенка» (ССТ) для родителей, учителей и подростков. ССТ широко используется в разных странах развитого и развивающегося мира, где показано, что диагностические алгоритмы, основанные на данных нескольких респондентов, хорошо предсказывают клинический диагноз, основанный на операциональных критериях. Другой задачей было оценить методы формирования репрезентативной

выборки и установить, будет ли процент участия случайным образом выбранных школ и родителей достаточно высок для эпидемиологического исследования. В годы обязательного образования (7–14 лет) почти 99 % детей посещают школу, поэтому отбор через школы представлялся удобным способом получения репрезентативной выборки. Необходимо было показать возможность собрать данные из большого числа школ. Также важно было найти способ достичь высокого уровня родительского участия. В предыдущей работе мы могли получить высокий процент заполнения опросников учителями и учениками. Однако родители обычно не отвечали на опросники, которые посылали им домой, и не приходили на собрания в школе, так что данные удавалось собрать лишь примерно у 30 % родителей. Нам было важно установить, могут ли домашние посещения интервьюеров поднять эту долю до приемлемого уровня – 70–80 %. И последняя задача пилотажного исследования – примерно оценить уровень психических расстройств у детей.

Исследование соответствовало российским и международным этическим требованиям. Участие в нем являлось добровольным. Все участники были проинформированы о целях исследования и о возможных преимуществах, им гарантировалась конфиденциальность и отсутствие вредных последствий.

### **Двухстадийный отбор через школы**

Первая стадия включала случайную выборку 10 школ. С помощью экспертов из отдела Образования городской администрации и Центра Развития Образования все школы города были разделены на три категории с учетом качества образования и состава преподавателей и учеников: выше среднего уровня, средние и неблагополучные; четвертую группу составили негосударственные школы. Из каждого списка государственных школ были случайным образом выбраны три школы, а из списка частных – одна.

В каждой школе, согласившейся принять участие в исследовании, из каждого класса от 1 до 8-го были случайным образом выбраны 5–7 детей. На второй стадии к родителям выбранных детей обращались с письмом из школы ребенка, в котором им рассказывали о проекте и приглашали принять участие. Родителей просили заполнить и вернуть форму отказа или согласия. Если родители не соглашались, обращались к родителям другого случайно выбранного ребенка из того же класса. Число родительских отказов и их причины учитывали.

## **Двухэтапное оценивание психопатологии**

На первом этапе всех выбранных детей обследовали с помощью краткого скринингового опросника «Сильные стороны и трудности ребенка» (ССТ) для родителей и учителей; а если ребенок был старше 11 лет, ему предлагали опросник для самооценки. На втором этапе проводили более детальное психиатрическое обследование «скрин-положительных» детей, у которых компьютерный алгоритм ССТ предсказал «вероятный» диагноз и «скрин-отрицательных» детей, у которых согласно алгоритму ССТ диагноз был маловероятен. Использовали метод «Оценивание развития и благополучия» (ОРИБ).

### **Показатели психопатологии**

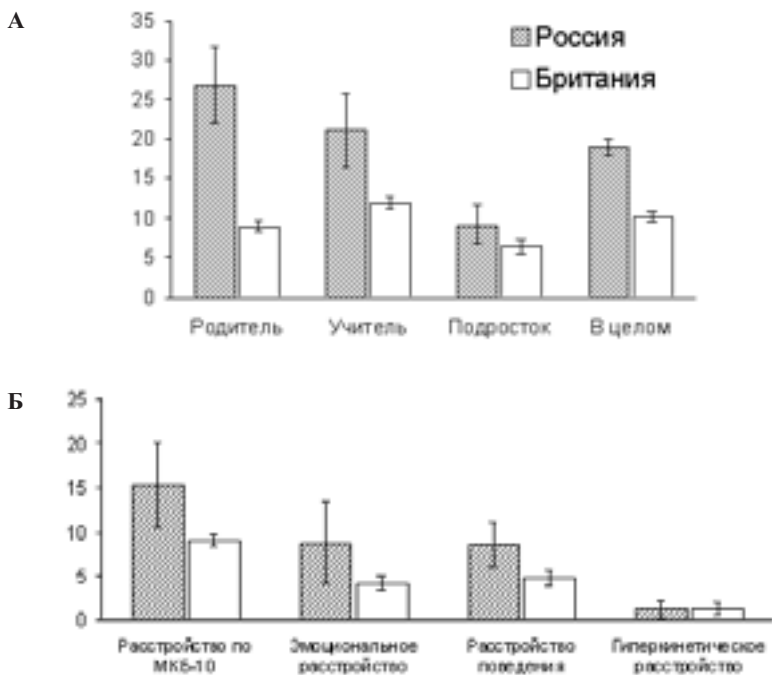
Опросник поведения детей 4–16-лет «Сильные стороны и трудности ребенка» (ССТ) существует в нескольких версиях: для учителей, родителей и подростков. Первая часть опросника содержит 25 утверждений о симптомах и положительных свойствах ребенка за последние шесть месяцев. Респондент отмечает каждое утверждение как неверное, отчасти верное или верное, ответы в баллах распределяются по пяти шкалам: эмоциональные симптомы, проблемы с поведением, гиперактивность / невнимательность, проблемы со сверстниками и просоциальное поведение. Сумма первых четырех шкал составляет общую оценку проблем. Вторая часть опросника ССТ оценивает влияние проблем на каждодневную жизнь ребенка. Вначале осведомляются, считает ли респондент, что у ребенка в целом имеются проблемы, и если так, то спрашивают о длительности, субъективном страдании, социальном ущербе и бремени для других.

Стандартизованный компьютерный алгоритм ССТ предсказывает вероятность психического расстройства на основании данных нескольких респондентов и влияния. Алгоритм дает отдельное заключение по трем группам расстройств: поведенчески-оппозиционных, тревожно-депрессивных и гиперактивности-невнимательности. Каждое оценивается как маловероятное, возможное или вероятное. Оценки вероятности по каждой из трех групп расстройств объединяются для образования итогового предсказания наличия или отсутствия какого-либо психического расстройства. В этом исследовании «скрин-отрицательная» группа включала детей с оценками «маловероятно» и «возможно», а «скрин-положительная» – детей с оценкой «вероятно».

«Оценивание развития и благополучия» (ОРИБ) – набор интервью, опросников и алгоритмов, который генерирует диагнозы по МКБ-10 и DSM-IV. Основная направленность ОРИБ – распространенные поведенческие, эмоциональные и гиперкинетические расстройства, однако



оно кратко охватывает и менее распространенные расстройства. ОРИБ широко используется в национальных исследованиях психического здоровья ряда стран и сочетает черты структурированных и полуструктурированных интервью. Интервьюируют родителей и подростков старше 11 лет, учителям предлагают заполнить опросник. Большинство вопросов полностью структурировано, но помимо этого, информантов просят описать любую значительную проблему своими собственными словами. Интервью проводят непрофессиональные интервьюеры, беседа с родителем длится около 50 мин, с подростком – около 30 мин, опросник для учителей занимает 4 страницы. Предварительный диагноз генерирует компьютерный алгоритм, но окончательный диагноз основывается на клинической оценке всей информации, и это увеличивает клиническую достоверность результатов.



**Рис. 1. Распространенность психических расстройств у детей 7–14 лет.**  
**А** – данные опросников: наличие определенных или серьезных проблем с эмоциями, поведением, вниманием или отношениями с другими людьми;  
**Б** – данные психиатрического оценивания. По: Goodman et al. 2005.

На основе структурированных ответов и клинической оценки ответов на открытые вопросы можно обоснованно и надежно поставить диагнозы по МКБ-10 и DSM-IV. Структурированные вопросы охватывают операциональные критерии, необходимые для постановки следующих диагнозов.

По данным родителей и самоотчета: тревожное расстройство в связи с разлукой, специфическая фобия, социальная фобия, посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, депрессия.

По данным самоотчета: паническое расстройство / агорафобия.

По данным родителей и учителей: гиперкинетическое расстройство, оппозиционно-вызывающее поведение.

По данным родителей, учителей и самоотчета: расстройство поведения.

Клиницист-эксперт, основываясь на всех источниках информации, включая структурированные ответы и свободные описания, дополнительно диагностирует: тревожное расстройство, неуточненное; депрессивное расстройство, неуточненное; расстройство поведения, неуточненное; расстройство приема пищи, включая нервную анорексию; общие расстройства развития, включая детский аутизм; тикозное расстройство, включая синдром Туретта; элективный мутизм и расстройства привязанности; психотические расстройства.

### **Участие в исследовании**

Процент участия школ и родителей оказался высоким. Мы не получили отказа ни в одной из школ, обратились к 541 родителю, и 448 из них (83 %) согласились участвовать в исследовании. Все родители, 98 % учителей и 96 % подростков 11–14 лет предоставили данные о психопатологии и факторах риска. Итоговая выборка составила 448 детей, из них 222 подростка старше 11 лет.

Группа риска по наличию психического расстройства, выявленная с помощью компьютерного алгоритма ССТ по данным нескольких респондентов, составила 93 ребенка. Мы обратились ко всем семьям этой группы и 87 из них (94 %) дали согласие на детальное психиатрическое обследование с помощью ОРИБ. Из оставшихся 335 детей контрольной группы случайным образом выбрали 100 человек, 85 из них (85 %) дали согласие на детальное психиатрическое обследование.

### **Обоснованность скринингового метода**

При сравнении частоты психических расстройств, выявленных с помощью ОРИБ, в группах детей с высокой и низкой вероятностью

диагноза согласно ССТ, была подтверждена обоснованность и диагностическая ценность этого краткого опросника как скринингового метода оценки психического здоровья. Психиатрический диагноз по МКБ-10 в группе риска был поставлен в 47 % случаев, а в контрольной группе - в 14%; при постановке диагноза не были известны результаты, полученные с помощью ССТ. Различия были статистически значимы, и это дает хорошие основания использовать русскую версию ССТ для оценки психической заболеваемости детей и подростков.

### Оценка распространенности

На основе объединенных данных опросников и интервью была оценена общая частота психических расстройств в обследованной выборке. Далее с учетом взвешивания, стратификации и кластеризации была вычислена распространенность расстройств в популяции. Полученные в результате исследования данные являются первыми достоверными сведениями о психическом здоровье российских детей и подростков. Оценки распространенности психических расстройств у детей и подростков оказались существенно выше, чем цифры, полученные соответствующими методами, где-либо в мире.

При использовании сопоставимых методов и диагностических критериев распространенность психических расстройств в России оказалась примерно в два раза выше, чем в развитых странах, таких как Британия. При сравнении полученных данных с репрезентативной выборкой 7640 британских детей 7–14 лет, обследованных аналогичными методами, оказалось, что шесть из восьми показателей распространенности были достоверно выше в России, остальные два существенно не различались. Согласно данным опросников (рис. 1, А), в среднем 26,9 % родителей и 21,1 % учителей считали, что у ребенка есть проблемы, выраженные проблемы отмечали 9,2 % подростков. Соответствующие показатели в Британии составляют 9,0 %, 12,0 % и 6,4 %. В целом по данным опросников для родителей, учителей и подростков к группе риска можно отнести 19,0 % российских детей и подростков (в Британии – 10,3 %).

По данным психиатрического оценивания (рис. 1, Б) 15,3 % российских детей и подростков имели отклонения, соответствующие диагнозу психического расстройства по МКБ-10. (В Британии соответствующая цифра составляет 9,1%.) Эмоциональные расстройства могут быть выявлены у 8,8 % детей, поведенческие расстройства – у 8,6 %, гиперкинетические – у 1,3 % детей. Соответствующие показатели в Британии составляют 4,2 %, 4,9 % и 1,4 %.

Несмотря на различия в частоте психических расстройств у детей и подростков, их тип в России и Британии сходен: наиболее распространены эмоциональные и поведенческие расстройства, третье место занима-

ет гиперактивность. Как и в других странах, часто встречалась коморбидность: среди детей, у которых было диагностировано, по крайней мере, одно психическое расстройство, примерно у 25% было два и более диагноза. Обычные сочетания – это расстройства поведения и эмоциональные расстройства, а также расстройства поведения и гиперкинез.

Таким образом, в отличие от часто встречаемых в отечественных публикациях цифр в 40–80 %, наши данные говорят о том, что реальная частота составляет примерно 15–20%. Эти данные необходимо подтвердить дальнейшими исследованиями на больших выборках и в группах, представляющих особый интерес.

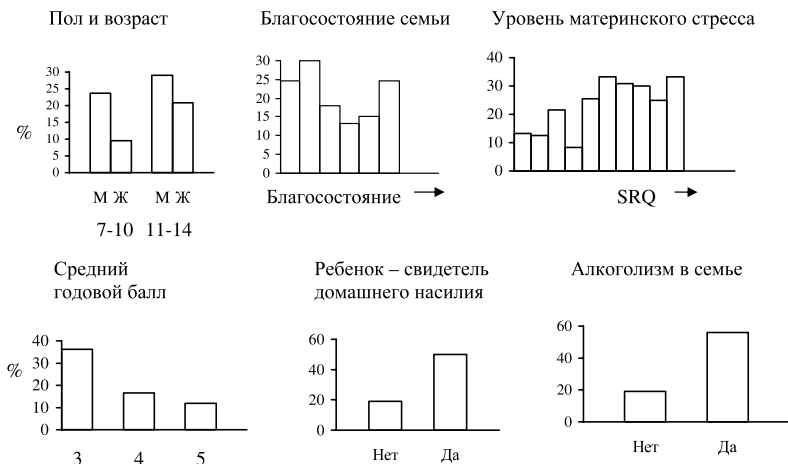
### **Факторы риска**

Для изучения возможных факторов риска в школе собирали сведения об успеваемости детей, родителям предъявляли социо-демографическую анкету, включающую вопросы о практике воспитания, и опросник здоровья ВОЗ (SRQ) для оценки их собственного психического здоровья; а 11–14-летним подросткам предлагали анкету о практике воспитания в семье и употреблении табака, алкоголя и других наиболее распространенных психоактивных веществ.

Анализ проводили на выборке из 406 детей (91 % всех участников) с полными демографическими, семейными, социальными и школьными данными. Итоговым показателем была вероятность психического расстройства по данным опросников для родителей, учителей и подростков. Выраженными факторами риска являлись индивидуальные характеристики ребенка, такие как мужской пол и низкая успеваемость в школе. Кроме того, существенное значение имело неблагополучие в ближайшем окружении: насилие и алкоголизм в семье, а также выраженная тревога и депрессия у матери (рис. 2). Материальное благополучие, состав семьи, образование и профессиональный статус родителей и качество школы имели существенно меньшее значение.

При совместном анализе влияния всех этих факторов на вероятность психического расстройства у ребенка, достоверный вклад вносили: низкая успеваемость в школе, уровень тревоги и депрессии у матери, алкоголизм у ближайшего члена семьи и свидетельство ребенком домашнего насилия.

Таким образом, в России, как и в Британии, наиболее существенные факторы риска лежат в ближайшем семейном окружении ребенка. Однако в России значительно менее важны социально-экономические факторы (например, в отличие от Британии, где частота психических расстройств у детей из разных социальных классов различается четырехкратно). Это может отражать переходный характер российского общества, в котором формальные показатели социального статуса не связаны с факторами, непосредственно влияющими на ребенка.



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

**Рис. 2. Факторы отклонений психического здоровья у детей 7-14 лет. Данные Goodman et al., 2005.**

### Социально-демографические и семейные факторы

В следующем исследовании мы более детально изучили влияние социально-демографических и семейных факторов на психическое здоровье российских детей и подростков. Обследование проводили в городских и сельских районах России. Данные получали из разных источников; большая часть данных получена в Новосибирске – третьем по величине городе России. Обследование проводили так, чтобы охватить различные социально-экономические слои населения. Респондентам предлагали заполнить опросники «Сильные стороны и трудности» и «Стиль жизни». Первую выборку составили данные родителей о 1864 детях от 3 до 17 лет, вторую – самоотчеты 1382 подростков 11–17 лет.

Немногим более 70 % детей жили вместе с обоими биологическими родителями, 8–9 % – с отчимами, чуть менее 20 % жили только с одним родителем, в основном с матерью. Около 40 % респондентов были единственными детьми, примерно 30 % жили с бабушкой и/или дедушкой. Средний размер семьи – четыре человека.

Для оценки психического здоровья использовали два фактора: интернализация включала эмоциональные симптомы и проблемы со сверстниками, а экстернализация – проблемы с поведением и гиперак-

тивность. С помощью шкал и отдельных вопросов оценивали достаток семьи, ее сплоченность, насилие в семье и жесткость воспитания (применение телесных наказаний). Кроме того, определяли вестернизацию – ориентацию на российский или западные культурные ценности, урбанизацию (проживание в городе или сельской местности), безопасность местожительства в отношении криминала, родительский надзор и занятия спортом. Оценивали также потребление психоактивных веществ (табака, алкоголя, наркотиков) членами семьи и подростками.

В целом влияние психосоциальных факторов было таким же, как и в других странах. Поведенческие проблемы чаще встречались у мальчиков, у младших детей трудностей было больше. У детей из полных семей, образованных родителей с высоким профессиональным положением проблем было меньше. Наличие отчима сопровождалось повышенным уровнем проблем с поведением. Однако, несмотря на ряд достоверных эффектов, влияние социально-демографических показателей на психическое здоровье детей было незначительным.

Особенности семейной обстановки имели более существенное значение. Сплоченность семьи, материальное благополучие и безопасность местожительства сопровождалась меньшей выраженностью всех видов отклонений. Семейному насилию, жесткому воспитанию с физическими наказаниями и алкоголизму в семье сопутствовал повышенный уровень всех видов отклонений. Помимо этого, вестернизация, употребление психоактивных веществ подростком и курение в семье предрасполагали к поведенческим проблемам.

Анализ с учетом всевозможных влияний между социально-демографическими и семейными факторами позволил выделить психосоциальные факторы риска и защиты. Суровое воспитание с физическими наказаниями было фактором риска по отношению к психическому здоровью детей в целом, а сохраняющая и сплоченная семья, образование родителей и безопасный район были неспецифическими факторами защиты. Помимо этого, специфическими факторами риска эмоциональных проблем были женский пол, старший возраст родителей и алкоголизм в семье, а специфическими факторами защиты – материальный достаток и занятия спортом. Специфическими факторами риска поведенческих проблем были мужской пол, младший возраст, вестернизация, курение в семье и употребление алкоголя и наркотиков самим подростком. Все эти факторы позволили прогнозировать уровень интернализации примерно на 15 %, а уровень экстернализации – примерно на 30 %. При этом особенности семейной обстановки имели большее значение для психического здоровья, чем формальные показатели социально-экономического положения.

## Значение для практики

Полученные данные о распространенности психических расстройств свидетельствуют о насущной необходимости организовать доступные службы помощи детям и подросткам, имеющим отклонения психического здоровья. Эти службы должны учитывать наилучший мировой опыт и местную практику и предоставлять эффективное лечение имеющихся нарушений. А профилактика должна быть направлена на наиболее значимые установленные факторы риска и проводиться под контролем эффективности.

Учитывая сходство типов психических расстройств у детей и подростков и ключевых факторов риска в России и в западных странах, вполне возможно, что разработанные на Западе симптоматические методы лечения и профилактики, могут быть успешно модифицированы для широкого применения в российской системе здравоохранения.

## Литература

1. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. 2007. <http://www.youthinmind.net/Russia>
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии / ВОЗ. СПб., Б.г.
3. Goodman R., Slobodskaya H. R., Knyazev G. G. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors // European Child and Adolescent Psychiatry. 2005. V. 14. P. 28–33.

## ЧАСТЬ 2.

### ДЕТСКОЕ РАЗВИТИЕ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Эта часть книги посвящена некоторым концепциям, лежащим в основе практической детско-подростковой психиатрии. Одна из проблем в этой области состоит в том, что все считают, что они знают все о детях и о том, как воспитывать их. В основном, такие «народные» представления основаны на здравом смысле. На хороших родителей приятно смотреть, и большой прогресс был достигнут в детской психологии через простое изучение того, что делают хорошие родители, с помощью фильмов и видеозаписей, которые позволяют детально и многократно наблюдать за взаимодействием между родителями и ребенком. Гораздо больше проблем возникает, когда мы начинаем исследовать процесс воспитания, в котором что-то пошло неправильно. Именно здесь у всех имеются твердые представления о том, какие ошибки сделали родители (обычно родители других детей). Некоторые ложные идеи широко распространены, по крайней мере, в западных странах. Вот лишь три примера:

#### **Ложное утверждение 1:**

*«Отрицательный опыт, полученный в раннем детстве, наносит вред, который длится всю жизнь».*

Некоторая доля правды в этом утверждении имеется, и влияние опыта, полученного в раннем детстве, еще не до конца изучено. Однако имеются свидетельства, что, несмотря на трудное начало жизни, дети могут развиваться хорошо. Проблема, конечно же, заключается в том, что неудовлетворительная среда на раннем этапе жизни, возможно, из-за психического расстройства родителей, их жестокости или криминального поведения или чрезвычайно неорганизованной жизни семьи может оставаться таковой на протяжении всего детства. Когда ребенок воспитывается в среде, отличающейся от среды, в которой он родился, результат может быть (а может и не быть) другим. Ярким примером этого является случай близнецов, описанный профессором Колучовой в Чехословакии. Эти дети были заперты в темном подвале, голодали и терпели побои в течение первых пяти лет своей жизни. Затем их обнаружили и отняли у мачехи, которая подвергла их этим мучениям, и которую отправили в тюрьму. На тот момент они были истощены, едва могли ходить и не могли говорить. Дети были помещены в очень хорошую приемную семью. Через несколько лет они смогли пойти в обычную школу, найти друзей и, согласно последним отчетам, стали нормальными подростками. Можно привести и другие примеры, которые стали предметом больших исследовательских проектов, но суть состоит в том, что депривация и



насилие в раннем детстве могут оказать различное влияние на детское развитие, и во многих случаях первые часы или дни жизни еще не определяют жизнь окончательно.

### **Ложное утверждение 2:**

*«Если у ребенка есть проблемы поведения, следует лечить родителей или их брак, а не ребенка».*

Очень легко обвинять родителей, которые, вполне вероятно, делают все, чтобы воспитать трудного ребенка. Хороший пример – случай детского аутизма. С некоторым стыдом мы вспоминаем старую теорию о том, что аутизм представляет собой очень глубокий уход в себя, вызванный «холодными» родителями, которые не давали своим детям любви и сердечной теплоты, в которой те нуждались для своего развития. Нам еще не все известно о таинственном расстройстве, называемом «аутизм», но мы знаем, что причиной его являются другие проблемы, которые, несомненно, имеют корни в мозговой дисфункции, например, краснушный синдром или туберозный склероз (см. Главу 7). Недавнее исследование, в котором монозиготные близнецы сравнивались с dizиготными, показало, что в этиологии аутизма присутствует значительный наследственный компонент. Нет каких-либо свидетельств того, что родители детей с аутизмом особенно «холодны», но при этом в течение многих лет такие родители должны были жить с клеймом, что они в какой-то мере «виноваты» в аутизме у их ребенка. Возлагать вину за инвалидность на родителей – это плохая психиатрия. Мы должны исследовать и выявлять причины, а не верить в какую-либо теорию, какой бы привлекательной она ни была, или каким бы уважаемым ни был профессор, который преподает ее. Важны именно научные доказательства.

Это ведет нас к следующему утверждению.

### **Ложное утверждение 3:**

*«В случаях “биологической” или “медицинской” причины патология в определенной мере постоянна, и перспективы лечения выглядят безнадёжными и пессимистичными».*

Темой Части 2 данной книги являются как раз научные исследования и что они (в противоположность «басням») говорят нам о детском развитии и как они соотносятся с детскими психическими расстройствами. Научная литература по детскому развитию обширна, и в этой книге будет дан лишь очень краткий обзор, но представляется необходимым изложить некоторые принципы и дать рекомендации по дальнейшему изучению этой важной темы.

Затем в Главе 6 будет дан обзор научных данных о взаимосвязи между мозгом и поведением. Этот вопрос является ключевым в российской психи-

атрии, поэтому освещение этой темы представляется особенно важным.

В Главе 7 рассматривается роль генетики в детских расстройствах. В этом вопросе также присутствуют некоторые глубоко укоренившиеся представления, преимущественно сводящиеся к мысли, что поведение и психологические проблемы, в основе которых лежат генетические причины, неизлечимы, и изоляция ребенка является единственным ответом. Это представление из XIX века обусловлено невежеством и является чрезвычайно деструктивным. Специалисты в области психического здоровья XXI столетия должны энергично выступить против этих представлений. По каждой из этих тем можно написать много книг, и следует подчеркнуть, что приводимый здесь обзор может считаться лишь введением, и их более полное понимание потребует интенсивного изучения и чтения.

## ГЛАВА 5.

### ДЕТСКОЕ РАЗВИТИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Социальное и эмоциональное развитие ребенка идет по расписанию и в последовательности, которые являются более или менее предсказуемыми. В ходе развития встречаются незначительные вариации, но при достаточной подготовке и наличии опыта детские специалисты обычно знают, когда они могут заверить родителей, что все идет хорошо, когда необходимо более внимательное наблюдение, а когда требуется обследование и вмешательство. Например, многие дети проходят через период в возрасте от четырех до шести лет, когда они испытывают страхи: они боятся темноты, собак или пауков или ведьм и чертей ночью. В этом возрасте такие переживания являются частью нормального человеческого развития. Однако у небольшого числа тревога становится настолько значительной, что серьезно влияет на их жизнь. Такие ситуации как разлука с родным человеком, например, с матерью, вызывают настолько выраженное напряжение, что ребенок не может ходить в школу или посещать обычные социальные мероприятия, такие как детские праздники. Страх перед животными становится настолько доминирующим, что ребенок постоянно находится в тревожном состоянии. Если не оказать простую и быструю лечебную помощь, такие проблемы могут доставлять большое страдание, например, полный отказ ребенка от посещения школы. В таких случаях тревога косвенно мешает их образованию. Ребенок страдает тревожным расстройством. Это – психическое расстройство, хотя не обязательно серьезное, согласно определению, данному в Главе 2.

Имеются другие расстройства, которые не являются гиперболизацией каких-то характеристик нормального развития. В этих случаях скорее сам процесс развития идет в другом направлении. Мы вернемся к этой теме в Главе 6 «Мозг и поведение», а также при обсуждении детского аутизма и шизофрении раннего начала в Главах 22 и 23. Во временном графике детского развития имеются этапы, которые особенно важны с точки зрения удовлетворительной эмоциональной адаптации, одним из которых является связь между родителем и ребенком.

#### **Формирование привязанности между родителем и ребенком и ранние тревоги**

В конце XIX века психологи считали, что новорожденный попадает в этот мир, испытывая ошеломление и замешательство. Они исходили из того, что новорожденный младенец сталкивался с неструктурированным миром звуков, образов и запахов, и вопрос стоял так: «Начиная с чистого листа, как они умудряются что-то понять в этом мире?» На самом деле,

психологи смотрели на эту проблему неверно. При помощи тщательно спланированных экспериментов удалось выяснить, что даже новорожденные младенцы способны в значительной мере понимать окружающий их мир с самого начала своей жизни. Например, в первые месяцы жизни младенец различает одушевленные и неодушевленные предметы. Мы знаем об этом, потому что приблизительно с возраста в три месяца младенец начинает улыбаться людям, издает звуки и пытается имитировать, в то время как к неодушевленным предметам, таким как кубики или бумага, он относится по-другому, обследуя их, пробуя засунуть в рот, а позднее пытаясь выбросить их из своего манежа.

Что интересует младенца на довербальном этапе, можно выяснить, наблюдая за зрительным контактом с объектом – лицом или игрушкой. Другой более сложный метод состоит в использовании так называемой реакции ориентации. Такая реакция была впервые исследована российскими психологами в русле павловской традиции. Ее можно также назвать реакцией «Что это такое?» или **реакцией ориентации**. Это сложная биологическая реакция на новый стимул, например, на новый предмет, новый звук или на нового человека, которого ребенок ранее не видел. Частью этой реакции, наблюдаемой у младенцев, является замедление сердечного ритма в ответ на показ объекта при эксперименте. Как только объект становится знакомым, реакция ориентации исчезает, и сердечный ритм уже не замедляется, когда объект вновь предстает перед ребенком. Возьмем лишь один пример: в экспериментальной ситуации младенцу показывается фотография лица. После нескольких показов лицо становится знакомым, и реакция ориентации прекращается. Теперь покажем другое лицо. Если ребенок способен различить два разных лица, реакция ориентации появится вновь, указывая на то, что младенец обнаружил различие между первым и вторым лицом. С помощью этого метода было показано, что даже в самом раннем возрасте младенцы обладают значительной способностью к восприятию и дифференциации различных зрительных и слуховых стимулов.

### Понимание эмоций у младенцев

Уже с самого раннего возраста младенцы используют эту способность к различению для того, чтобы выявить разницу между близкими людьми и незнакомцами в их окружении. При этом они используют определенные способы сигнализации о своих потребностях. Например, удовлетворенный малыш в возрасте нескольких недель может улыбаться. Это привлекает опекуна; плач же может повлечь за собой немедленную заботливую реакцию. К концу первого года малыш может уже выражать и другие эмоциональные реакции, включая угрозу и гнев, но доминирующими остаются реакции, обеспечивающие заботу и кормление.

По мере развития младенец становится более избирательным в проявлении эмоций по отношению к различным объектам. Это можно исследовать с помощью метода, когда ребенку показываются все более усложняющиеся модели лиц с глазами, ушами и ртом и измеряется степень визуального внимания, которое ребенок уделяет этим моделям. До 4 месяцев младенец оказывает равное внимание как правильному рисунку лица, так и искаженному изображению лица, в котором нарисованы те же нос, глаза и рот, но в различных частях лица. В других экспериментах было выявлено, что трехмесячные младенцы отдают предпочтение лицу своей матери по сравнению с лицами других людей.

Пока мы упомянули лишь то, как младенец может понять то, что он видит и слышит (и, конечно, обоняет – младенцы могут отличать запах груди своей матери от груди другой женщины с первых недель жизни). Теперь пришло время перейти к тем движениям и выражениям, которые младенец способен использовать для взаимодействия с родителями на первых неделях своей жизни.

### **Выражение эмоций начинается очень рано**

Первой появляется улыбка, и к 8 неделям она является ясной реакцией на других людей и представляет собой социальный сигнал. Из личного общения с младенцами нам всем знакомо то удовольствие, которое мы чувствуем, когда мы можем вызвать улыбку у младенца. Улыбка является не только признаком того, что ребенок получает удовольствие, но и сигналом для тех, кто, в свою очередь, испытывает приятное чувство. Дети улыбаются по-разному, и это различие определяется в некоторой мере генетически как один из признаков темперамента ребенка (см. описание темперамента в Главе 1). Улыбка – это одна из черт младенца, которая вносит свой вклад в те особые отношения, которые формируются между младенцем и родителем. Существуют и другие очень привлекательные аспекты младенца для матери. Двадцать лет назад два американских педиатра – Клаус и Кеннелл – провели эксперименты в родовой палате. Они заметили, что в суматохе, окружающей процесс рождения, в первые часы ребенка обычно разлучали с матерью. Сначала было необходимо удалить плаценту, а часто и провести реконструкцию эпизиотомии. Младенец, между тем, ожидал осмотра педиатром. После этого считалось, что и мать, и дитя должны получить вполне заслуженный отдых, и они часто помещались в отдельные послеродовые палаты. Клаус и Кеннелл заметили, что ни мать, ни младенец не имели признаков усталости. В течение некоторого времени после родов они бодрствовали. Позднее они, конечно же, засыпали. Понимая важность хороших взаимоотношений между младенцем и матерью, указанные исследователи выполнили эксперимент, в котором сразу же после родов ребенка

клали к матери, чтобы между ними был телесный контакт. Уже в своих ранних экспериментах они выяснили, что малыши, помещенные рядом с матерью, развивались лучше. Современные исследования не подтвердили этот факт, но это привело к революции в акушерской практике в западных странах и к намного более гуманному подходу к деторождению, при котором поощряется включенность в процесс рождения не только матери и младенца, но и отца. К другим факторам, которые указывают на наличие врожденной привязанности, относятся следующие:

1. С первых месяцев младенца привлекают высокие звуки, преувеличенная артикуляция речи и подчеркнутое произношение гласных. Это характеризует так называемое «сюсюканье», к которому все мы прибегаем, когда говорим с очень маленькими детьми.

2. Были изучены различные аспекты зрительного поведения младенцев. Наибольший интерес вызывают те движения, которые относятся к социальному осознанию. Фиксируя движения глаз младенца, можно проследить, как формируется способность исследовать лицо в первые месяцы жизни. Сначала младенец обращает внимание на грани и углы, но к 3 месяцам наибольшее внимание привлекают глаза. Глаза, конечно же, являются наиболее выразительной частью лица с социальной точки зрения. Вполне вероятно, что интерес к глазам в 3-месячном возрасте является признаком начала межличностного общения. Эти и другие исследования указывают на то, что к 3 месяцам младенец способен распознать изображение лица как лица со всем спектром значений межличностного общения, которые могут быть ему присущи. Для сравнения, группа точек или изображение чего-либо другого вызывает намного меньший интерес у трехмесячного ребенка.

3. К трем месяцам младенец может распознавать знакомых людей в его окружении, хотя он не будет скучать по ним, если они отсутствуют.

4. В возрасте примерно шести месяцев в развитии младенца происходит второе значительное событие. Младенец приобретает способность сохранять память об объектах, когда они отсутствуют. Главным результатом этого является то, что младенец начинает осознавать разлуку со знакомым человеком, который заботится о нем. В этом коренится так называемая реакция на разлуку, которая кратко описана ниже.

### **Состояние бодрствования младенца**

Наивному наблюдателю может показаться, что младенцы тратят большую часть времени на сон, прием пищи или плач. При этом, однако, упускается из виду то, что, возможно, является наиболее важным состоянием младенца, которое называется «состоянием спокойного бодрствования». В этом состоянии младенец ведет себя тихо, но его глаза широко открыты, и он внимательно осматривает все вокруг, насколько

это ему позволяет его способность двигаться. Часто младенцы издают вокализации, которые, сопровождая первый год жизни, становятся более обычными и, в конечном счете, формируют основу развития речи. Обсуждение социального развития ребенка не имеет смысла без понимания важности этого состояния бодрствования. Умение быть родителем включает в себя способность успокоить ребенка, перевести его из возбужденного состояния, выражаемого, например, криком, в состояние тихого бодрствования, которое открывает возможности для социального взаимодействия и обучения. Состояние бодрствования или возбуждения определяется как континуум неврологического бодрствования, который простирается от глубокого сна до плача. Средние участки этого континуума представляют собой как раз те состояния, при которых младенец бодрствует и проявляет внимание к тому, что происходит вокруг него, не будучи сонным или слишком активным.

### **Взаимодействие между матерью и младенцем**

Взаимное притяжение между матерью и младенцем или другим постоянным опекуном еще более усиливается посредством взаимодействия или «игровых» ситуаций, которые возникают между ними.

### **Привязанность**

Верно, что ученые, изучающие развитие детей, и практики, работающие в области медицины, психологии и просвещения, придают большую важность феномену «детско-родительской привязанности». В данном разделе мы опишем, что такое привязанность, и почему она так важна.

Работая с детьми, разлученными со своими родителями во время второй мировой войны, Джон Боулби и его коллеги (упомянутые в начале этой книги) обратили внимание на то, какую реакцию у детей младшего возраста вызывает разлука с родителями, и особенно с матерью, вследствие болезни и госпитализации, помещения в приют, военных действий или эвакуации. Его классическое описание основано на наблюдениях, полученных во всех этих ситуациях. Боулби выявил реакцию, которая проявлялась у всех младенцев при разлуке в возрасте от шести месяцев до четырех лет. Боулби писал:

«Начальная фаза – фаза **протеста** – может наступить немедленно или может быть отсроченной; она длится от нескольких часов до недели или более. Во время этой фазы ребенок остро переживает потерю матери и стремится вернуть ее, используя все свои ограниченные ресурсы. Он громко плачет, трясет свою кроватку, бросается на нее и жадно смотрит на любой образ или звук, который может оказаться его отсутствующей

матерью. Все его поведение демонстрирует нетерпеливое ожидание ее возвращения. В это время он склонен отвергать любого другого человека, предлагающего ему что-либо, хотя некоторые дети могут отчаянно цепляться к медсестре.

В ходе фазы **отчаяния**, которая следует за протестом, ребенок все еще всецело озабочен отсутствием матери, хотя его поведение указывает на все большую безнадежность. Физическая активность снижается или сходит на нет, ребенок плачет монотонно или периодически. Он уходит в себя и становится пассивным, не требует ничего от окружающих и впадает в состояние глубокого траура. Это – тихая стадия, и иногда совершенно ошибочно считают, что она указывает на смягчение страданий.

Так как ребенок начинает больше интересоваться своим окружением, фаза **«отчуждения»**, которая рано или поздно приходит вслед за протестом и отчаянием, часто воспринимается как признак преодоления стресса. Ребенок больше не отвергает медсестер; принимает их заботу, принимает от них пищу и игрушки, может даже улыбаться и быть общительным. Некоторым такое изменение представляется удовлетворительным развитием событий. Однако когда приходит мать, можно заметить, что не все так хорошо: ребенок демонстрирует поразительное отсутствие такой характеристики поведения как сильная привязанность, являющейся нормой для этого возраста. Ребенок не только не приветствует, но даже едва узнает ее; не только не цепляется за нее, но может вести себя отстраненно и апатично; вместо того, чтобы плакать, равнодушно отворачивается от матери. Кажется, что он полностью потерял интерес к ней» (John Bowlby 1971).

Учитывая качественное улучшение заботы о детях, в настоящее время редко можно встретить весь спектр характеристик реакции на разлуку. Большой объем проведенных в последнее время исследований позволяет подвести более широкую основу под первоначальное описание Боулби.

Поведение ребенка, оставшегося без попечения, не будет таким драматичным, если разлука будет спланирована заранее и тщательно подготовлена в течение определенного периода времени. Не совсем ясно, влияет ли тяжесть этой реакции в отдельном единственном случае на способность ребенка к адаптации в будущем. Одиочная острая реакция ребенка в ответ, например, на плохо подготовленную, неожиданную госпитализацию, вероятно, не окажет какого-либо длительного влияния на его психологическое развитие (хотя, возможно, он будет помнить об этом всю оставшуюся жизнь). К сожалению, разлука с родителями чаще всего бывает многократной и может стать лишь одним из эпизодов в серии негативных событий, приносящих боль, незащищенность и жестокость в жизненный опыт ребенка. Такой опыт в раннем детстве представляет собой плодородную почву для возникновения психологических проблем.



Концепция привязанности и потери и сопровождающих их условий лежит в основе множества расстройств, выявленных в клинической практике. Теперь мы можем сосредоточиться на них и обсудить их взаимосвязь с проблемами в отношениях между родителями и детьми.

## **Психические расстройства, связанные с ранними проблемами воспитания**

### **Расстройства привязанности**

В МКБ-10 в этом разделе описаны два расстройства. Они возникают в раннем детстве вследствие серьезных проблем в социальных отношениях. При **реактивном расстройстве привязанности** (F94.1) наблюдается боязливость, не проходящая при утешении, а также неудовлетворительное социальное взаимодействие, замкнутость и хроническая угнетенность. Часто наблюдается задержка роста. При **расторженном расстройстве привязанности** (94.2) доминирует картина «прилипания» и неразборчивого дружелюбия. Обе эти клинические картины свидетельствуют о пренебрежении, жестокости или серьезных проблемах в воспитании ребенка родителями или попечителями.

### **Депрессия**

Многие ученые находили сходство между описанной выше второй фазой краткосрочной разлуки и депрессией. Обсуждение этого вопроса продолжается, но имеются свидетельства того, что проблемы в раннем детстве связаны с развитием депрессии в более позднем возрасте.

### **Лечение больного ребенка**

Как говорилось выше при обсуждении момента рождения, исследования привязанности между родителем и ребенком оказали глубокое влияние на организацию лечения больных детей, будь то физическая болезнь или психологическое расстройство. В различных странах существует различная практика, но доминирует тенденция к усилению внимания к семье и условиям, в которых проживает ребенок, а также к отказу от практики разлучения ребенка с семьей, когда он помещается в какую-либо терапевтическую среду – больницу, специальную школу или детский дом.

## **Расстройства поведения (см. также Главу 2)**

Это чрезвычайно распространенный вид детского расстройства. Можно задать вопрос, действительно ли это расстройство. Зачем превращать в «болезнь» то, что на самом деле является моральным выбором, как вести себя: помогать и поддерживать других или нарушать порядок, проявлять эгоизм, жестокость и нечестность по отношению к другим? Этот вопрос является очень важным и требует обсуждения. Фактом является то, что для некоторых детей и подростков характерным является устойчивое плохое поведение в течение длительного времени (шесть месяцев и более). В частности, такие дети склонны к чрезмерной драчливости или издевательствам, жестокости по отношению к животным или другим людям, вандализму, поджогам, кражам, постоянной лжи, прогулам в школе и побегам из дома, а также к крайне частым аффективным и истероформным вспышкам, которые продолжаются даже в подростковом возрасте. Расстройство поведения и его лечение более полно описаны в Части 4 данного издания. Здесь мы его упоминаем в связи с тем, что возникновение этого расстройства часто связано с серьезными конфликтами в семье, насилием и непоследовательностью в процессе воспитания ребенка и нестабильностью в семейных и социальных отношениях.

### **Старший ребенок: влияние семьи**

До сих пор мы уделяли основное внимание развитию ребенка и связи между младенцем и опекуном, обычно матерью. Наблюдения за процессом кормления ребенка говорят нам о том, что с самого начала в формировании этой связи принимают участие и мать, и ребенок.

По мере своего развития ребенок становится все более социально отзывчивым и подвижным, и вскоре в его социальный круг включаются другие члены семьи, а впоследствии и соседи, ровесники и школьные учителя. Но именно семья в большинстве случаев является той средой, где формируются чувства, поведение, убеждения и ценности. От семьи ребенку необходимо также чувство постоянства и защищенности. В то же время, семья должна адаптироваться по мере роста и созревания ребенка. Потребность подростка преуспеть в школе и социуме значительно отличается от потребностей ребенка дошкольного возраста, связанных с овладением навыками ухода за собой и развитием языка.

### **Стресс и изменения в семье**

Клиницисты и ученые, занимающиеся вопросами развития, выработали методы понимания того, как функционирует семья и, что равным

образом важно, почему некоторые семьи не могут обеспечить развитие и защиту детей. Одним из таких подходов, который оказался очень полезным, является так называемый «социальный системный подход». Отправным моментом этого подхода является мнение, что все, что происходит в семье, и ее окружение могут оказать влияние на всех членов семьи. Это может быть рождение ребенка, болезнь члена семьи, потеря работы ключевым кормильцем или наличие постоянной проблемы, например, физически или психически больного ребенка. Кроме того, сама семья является социальной системой. Эта социальная система растет и развивается, дети подрастают и, в конечном итоге, покидают дом и со временем сами становятся родителями. Для родителей такие изменения в жизни являются весьма значимыми, так как им приходится адаптироваться к жизни без детей, стать бабушками и дедушками, состариться и, в конечном итоге, умереть. Этот процесс имеет свои особенности в разных социальных классах, в различных культурах и странах, но везде неизбежным спутником являются периоды стресса.

Одним из обычных изменений в семье является рождение первого ребенка. Исследования, проведенные в Америке, показали, что это событие ведет к глубоким изменениям в отношениях между родителями. Например, в семьях, где между мужем и женой имелось равенство ролей, обязанности жены в доме значительно возрастают, а обязанности мужа могут остаться прежними. Удовлетворенность браком может снизиться у обоих партнеров, но особенно у жены и матери. Брак, в котором уже присутствует напряженность, может испытать серьезные проблемы и даже распасться.

С детской позиции первенец отличается от последующих детей. Наблюдения показали, что с рождением последующего ребенка мать становится более строгой к первому и проводит меньше времени с ним. Кроме того, от ребенка ждут большей ответственности. Поэтому не удивительно, что первый ребенок реагирует на это отрицательно, что выражается в неподчинении и вызывающем поведении. В некоторых исследованиях было отмечено, что самые старшие дети имели слегка повышенный уровень эмоциональных проблем. Несомненно, следует пытаться помочь родителям, которые сталкиваются с сиблинговой ревностью между детьми. В плане помощи здесь можно подсказать следующее: когда мать одинаково относится ко всем детям, возникновение сиблинговой ревности становится менее вероятным. Еще одна подсказка: если мама рассматривает своего первенца как «помощника» по отношению к его младшему сиблингу, реакция на рождение младшего ребенка может оказаться менее бурной.

## **Бедность**

Во многих западных странах, несмотря на очевидное процветание, миллионы семей живут в условиях растущей бедности. Ведутся многочис-

ленные споры о том, что такое реальная бедность, но для детей, живущих в бедности, результаты весьма наглядны. По любым социальным меркам бедные не могут воспользоваться теми преимуществами, которые доступны более состоятельным людям. Очевидными факторами здесь являются питание, жилье и медицинское обслуживание. Как показали исследования, даже в условиях бесплатной медицины, используя свое социальное влияние и связи, средний класс получает привилегированный доступ к услугам: они знают, куда идти, к кому обратиться и что необходимо для поддержания своего здоровья и здоровья семьи. Бедные же семьи не обладают достаточным потенциалом даже для того, чтобы управлять ходом своей собственной жизни. Кроме упомянутого выше недостатка ресурсов, они могут сталкиваться с вторжением в их частную жизнь со стороны полиции и социальных служб и изоляцией от основного потока жизни. Им не хватает информации, которая могла бы помочь улучшить свои возможности, например, в выборе образования для своих детей.

Все эти проблемы бедности накладывают свой отпечаток на отношения внутри семьи. Различными научными исследованиями было показано, что в таких условиях депрессия является обычным явлением у матерей, высок уровень социальной изоляции и отчуждения, а отношение к детям характеризуется резкостью и непоследовательностью. Для родителей огорчения, связанные с безработицей или низкооплачиваемой и нестабильной работой, повышают общий уровень невзгод. Поэтому несчастья бедности являются плодородной почвой для развития психических проблем у детей.

## **Развод**

Счастливый брак родителей тесно связан со способностью мужа и жены создать хорошие условия для развития детей: теплое и заботливое отношение, повседневная жизнь без напряженности, последовательная и некарательная дисциплина, поощрение за успехи в самом широком смысле и семейная жизнь, ставящая в центр внимания ребенка. Исследования за исследованием показывают прочную связь между хорошо функционирующим браком и хорошим детским психическим здоровьем.

Развод является крайним выражением неудачного брака и оказывает очень большое влияние на детей. Сегодня в Великобритании треть заключаемых браков заканчивается разводом. Влияние распадающегося брака на детей обычно становится очевидным задолго до окончательного распада, что, вероятно, является результатом все более и более ухудшающихся отношений между родителями.

Эти проблемы имеют наиболее серьезные проявления в первый год после разрыва. После этого многое зависит от того, как родители урегулируют отношения между собой. Если они становятся дружескими,

и оба бывших партнера достигают согласия, дети могут достаточно успешно справиться с ситуацией. Если же вражда и взаимные обвинения продолжатся, дети могут оказаться вовлеченными в эту борьбу и будут вынуждены принять одну из сторон в сражении между родителями.

Вторая причина проблем обусловлена тем, что один из партнеров остается без достаточных средств для того, чтобы взять на себя дополнительное бремя ответственности родителя-одиночки. Чаще всего такими родителями-одиночками становятся матери. Каникулы, которые ранее приносили так много радости, поездки и многие другие удовольствия, которые считались само собой разумеющимися, стали недоступными для детей. Родитель, несущий повседневную ответственность за детей, может испытывать недостаток средств к существованию и депрессию, особенно, если другой родитель «живет себе в удовольствие» с новым партнером или партнершей.

Обычной трудностью после развода в молодой семье становятся отношения между матерью и сыном. С одной стороны, мать может постоянно переносить на него горечь, вызванную бывшим мужем; с другой стороны, сын предается мести с помощью негативного, вызывающего поведения. Эта разрушительная борьба может продолжаться многие годы, принося несчастье и разрушение обеим сторонам.

Хотя повторный брак может оказаться удачным, оппозиция со стороны детей от первого брака, особенно, если они еще находятся в детском или раннем подростковом возрасте, может стать проблемой. Приемный родитель может испытать трудности, принимая на себя функцию родителя, особенно в плане поддержания дисциплины у детей от предыдущего брака. Хорошим методом здесь являются тактичные переговоры, выслушивание и уважение мнения детей.

### **Подростковая беременность**

Некоторые события, происходящие в эволюции семьи, по-видимому, соответствуют библейской истине: «тем, кто имеет, да возрадуются, а у тех, кто не имеет, будет отнято даже то, что у них есть». Это особенно касается девочек, которые беременеют в подростковом возрасте. Несчастное детство, отсутствие перспектив и мотивации к достижению успеха в жизни, стремление уйти из раздираемой раздорами семьи увеличивают вероятность ранней беременности. Будущий ребенок может восприниматься как возможность найти себе спутника жизни. Но это не тот возраст и не причина для того, чтобы создать семью. Молодая мать, вероятнее всего, будет чувствовать себя лишенной молодости в то время как ее друзья наслаждаются своими юношескими годами и получают образование. Быть родителем-одиночкой – это норма после беременности в подростковом возрасте со всеми трудностями, которые влечет за собой

этот статус. В действительности, каждый случай специфичен, и некоторые молодые мамы, имея поддержку семьи, справляются неплохо.

Это только одно из направлений, по которым в современном обществе необходимо оказывать поддержку через просвещение молодых матерей, половое воспитание и рекомендации по использованию контрацептивов для предотвращения нежелательной беременности.

Это лишь некоторые из трудностей, которые могут осложнить жизнь семьи. Но, вероятно, наиболее серьезной и трагической проблемой является проблема насилия над детьми. Она описывается ниже в Разделе 4.

### **Примечание об институциональной помощи и приемных детях**

В нашем бурном мире дети могут остаться без семьи по различным причинам: война, голод, болезни, социальные неурядицы. К ним относится и пандемия ВИЧ/СПИДа, которая в настоящее время особенно угрожает странам Восточной Европы и России, где, по отчетам Всемирной Организации Здравоохранения, в последние годы наблюдаются высокие темпы прироста новых случаев инфицирования. Опыт Африки показывает, что одним из последствий этой пандемии является рост числа сирот. Масштаб опустошения таков, что эти дети не могут уже быть приняты в другие разросшиеся семьи, поэтому приходится направлять их в учреждения, не обеспечивающие адекватный уход. У детей, переживших такой крайне негативный опыт, могут возникнуть различные проблемы развития. В тяжелых случаях результатом может быть:

- 1) замедление роста,**
- 2) замедление интеллектуального развития и нарушение развития школьных навыков,**
- 3) замедление или дисфункция эмоционального и поведенческого развития.**

Два типа расстройств привязанности, которые были описаны выше в данной книге и в Международной классификации болезней (Приложение 1) и которые означают тяжелые и устойчивые нарушения в способности к общению с другими людьми, формируются в первые пять лет жизни. Оба эти синдрома часто встречаются среди детей, выросших в больших, обезличенных, не обеспечивающих должного воспитания учреждениях.

Дети, страдающие этими тяжелыми расстройствами, часто находятся в системе охраны детства и постоянно сталкиваются с проблемами помещения под опеку. Некоторым из них приносит пользу проживание в приемных терапевтических семьях или, что лучше, в плановой программе подготовки к усыновлению. Приемным родителям, вероятно, потребуется профессиональная консультация и поддержка на ранних этапах опеки. Если нет соответствующих ведомств, ведающих вопросами при-

емных семей и усыновления, такие ведомства следует создавать с тем, чтобы они могли обучать приемных родителей навыкам и умениям терапевтической опеки, рекламировать и искать приемных родителей и усыновителей и вносить вклад в научные исследования в этой очень важной области управления проблемами приемных семей и усыновления.

### *Резюме Главы 5*

В детско-подростковой психиатрии есть ряд распространенных мнений, которые не нашли научного подтверждения. Введение к Части 2 начинается с освещения некоторых из этих неправильных представлений и вредных практик, которые весьма часто имеют прямое отношение к психическим проблемам и далее рассматриваются в основном тексте этой главы. Большое количество расстройств, которые связаны с трудностями в семейной жизни, включают в себя некоторые из наиболее распространенных проблем, таких как расстройство привязанности, посттравматический стрессовый синдром (описываемый в Главе 16), расстройство поведения и депрессия. Эти трудности очень редко являются единственной причиной, и на развитие, наряду с социальными факторами, часто оказывают влияние и конституциональные факторы.

Недавнее международное исследование, описанное Ijzendoorn and Juffer (2006), показало, что брошенные дети и сироты, попавшие в детские учреждения, могут в значительной мере догнать сверстников по физическому и психологическому развитию при попадании в заботливую приемную семью. Однако для того, чтобы добиться успеха в этом деле, требуется интенсивная и высококвалифицированная поддержка.

### *Дополнительная литература*

1. Bowlby J. Attachment. London : Hogarth Press, 1971.
2. Hetherington E. M. and Parke R. D. Child Psychology: A Contemporary Viewpoint. International Edition. McGraw Hill. Boston, 1999.

Это превосходная, красиво оформленная книга, насыщенная цветными диаграммами и фотографиями для облегчения понимания. В ней содержатся главы по всем аспектам детского развития и выводы для психопатологии. При стоимости примерно \$30 она стоит этих денег.

3. Van Ijzendoorn M. and Juffer F. The Emanuel Miller Memorial Lecture Adoption as intervention. Evidence of massive catch-up and plasticity in physical socio-emotional and cognitive development. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2006. 47 12. P. 1228–1245.

Очень полный и оптимистичный обзор темы, значение которой в последующие годы будет возрастать.

## ГЛАВА 6.

### МОЗГ И ПОВЕДЕНИЕ

Российские детско-подростковые психиатры в большей мере склонны устанавливать этиологическую связь между мозговыми нарушениями и психическими расстройствами, чем их английские коллеги. В этой короткой главе мы представим и обсудим некоторые научные данные, касающиеся такой связи – главным образом полученные в рамках одного популяционного исследования в Британии.

Здесь полезно прибегнуть к некоторым простым утверждениям.

**1. Тот факт, что у ребенка есть нарушения деятельности мозга, еще не означает, что у него есть и психическое расстройство.** Для того чтобы определить, верно ли это утверждение, необходимо провести обследование всего населения, потому что, какими бы *качественными ни были клинические научные исследования*, высока вероятность того, что дети, которых приводят родители, страдают более сложными и серьезными проблемами, нежели дети, родители которых считают, что, несмотря на мозговые нарушения у ребенка, они могут обойтись без медицинской помощи. Поэтому, чтобы получить истинную картину, необходимо изучить болезнь в рамках целой популяции.

Одним из лучших примеров популяционных исследований считается исследование, проведенное на острове Уайт (Rutter, Graham and Yule 1970). Результаты этого исследования используются для иллюстрации в нескольких местах в этой книге, и следует подчеркнуть, что там, где приводятся ссылки на это исследование, выводы подкрепляются результатами и других исследований. Хотя исследование на острове Уайт проводилось более 40 лет назад, оно остается важным источником знаний. В это исследование были включены все дети в возрасте 8, 9 и 10 лет (всего 3510 детей), которые жили на этом маленьком острове под названием Уайт к югу от Англии. Исследователи обследовали психическое и физическое здоровье детей, а также их интеллектуальное развитие. Собрав информацию по всем этим аспектам, исследователи смогли выявить связи между ними. По характеру остров является сельским, и хотя на нем имелись более бедные районы, здесь нет больших индустриальных городов с присущими им территориями с высоким уровнем безработицы и бедности. В исследовании принимали участие дети, посещающие государственные и частные школы, а также специальные школы для детей с особыми образовательными потребностями.

Из этого общего количества детей, исключая детей с серьезной умственной отсталостью, у 36 детей имелись органические повреждения ЦНС, такие как церебральный паралич и эпилепсия. Самым важным моментом является то, что только 14 из этих 36 детей (39 %) имели какое-либо психическое расстройство. Результаты этого и других подоб-



ных исследований показывают, что ребенок может иметь церебральные нарушения, не сопровождающиеся психическими проблемами вообще. Следует также отметить, что только 36 из 3310 детей имели эти неврологические расстройства. Они действительно оказались весьма редкими.

**2. Психические расстройства, не сопровождающиеся церебральными нарушениями, являются весьма типичными.** Одной из главных целей исследований на острове Уайт было выяснить общий уровень инвалидизации. Для этой цели исследователи использовали короткие анкеты, которые раздавались учителям и родителям всего детского населения в возрасте 10–11 лет. С теми детьми, у которых оценка по результатам анкеты указывала на высокий уровень эмоциональных и поведенческих проблем, а также с их родителями, были проведены интервью и тесты. Это позволило исследователям определить точный диагноз у каждого ребенка. Всего было выявлено 118 детей с психическими расстройствами в соответствии с определением, описанным в Главе 2 данной книги. Это означает, что с учетом различий в базовой популяции только 7,4 % детей с психическим расстройством имели также и церебральные нарушения. 92,6 % детей с психическим расстройством не имели вообще никаких признаков органического поражения ЦНС. Представляется маловероятным, что мозговые нарушения являются ключевым этиологическим фактором в большинстве случаев детских психических расстройств. Это, однако, не означает, что органическое поражение головного мозга не имеет особого значения.

Следует также добавить, что в большинстве исследований был выявлен намного более высокий уровень распространенности психических расстройств, чем на острове Уайт. В других районах Британии нередки уровни 20 % и выше. Это, по всей вероятности, обусловлено тем, что остров Уайт является относительно стабильным и преуспевающим географическим районом по сравнению с промышленными городскими поселениями с высоким уровнем бедности и обездоленности. Кроме того, более высокий уровень распространенности психических расстройств выявляется в подростковых популяциях в сравнении с детскими.

**3. Психические расстройства в большей мере распространены среди детей с органическим поражением головного мозга.** Это еще одна тема, которая требует проведения общепопуляционных исследований. И вновь за примером полезно обратиться к исследованию на острове Уайт. Необходимо просто взглянуть на данные с другой стороны и сравнить соотношение детей, имеющих психическое расстройство в группе с мозговыми нарушениями, с детьми с психическими расстройствами в общей популяции. Здесь результаты исследования дают весьма определенный ответ. Уровень распространенности психических расстройств среди детей с органическим поражением ЦНС составлял 39 %, а в общей группе – только 5,4 %. Это означает, что среди детей с цереб-

ральными нарушениями психические расстройства встречаются в семь раз чаще, чем среди детей, не имеющих таких нарушений.

**4. Среди детей с неврологическими расстройствами психосоциальные стрессоры являются фактором развития психического расстройства, как и у остальной части населения.** Исследование на острове Уайт показало, что среди тех, кто имел неврологические расстройства, психические расстройства с большей долей вероятности имели дети из семей с проблемами межличностных взаимоотношений. Многие из детей имели физическую инвалидность, что само по себе может стать значительным стрессогенным фактором в семье. Тип стресса зависит от характера инвалидности ребенка. Например, ребенок с серьезной умственной отсталостью оказывает очень большое воздействие на семью, которую в связи с этим можно назвать «инвалидизированной семьей». Ребенку может требоваться постоянное внимание, например, в плане туалета, питания, уборки даже тогда, когда другие дети уже выросли и покинули дом. В западных странах, где такие дети преимущественно воспитываются дома, такие семьи нуждаются в значительной специализированной и социальной поддержке. Опыт показывает, что там, где такая поддержка оказывается, браки не распадаются, а дети хорошо развиваются. Однако нестабильные браки могут распасться под давлением нагрузки в связи с уходом за ребенком-инвалидом (Gath 1986).

Возвращаясь к урокам исследования, проведенного на острове Уайт, можно сказать, что среди детей-инвалидов без органического поражения головного мозга распространенность психических расстройств в некоторой степени повышена, что может быть связано с жизненными трудностями, с которыми сталкивается семья и сам ребенок. Что касается распространенности психических расстройств среди детей с церебральными нарушениями, в этой группе она намного выше (см. Таблицу 6.1).

*Таблица 6.1*

**Частота психических расстройств  
при различных типах инвалидности**

Тип расстройства	% психических расстройств
Общая популяция	7 %
Расстройство, не связанное с нарушением мозга	12 %
Неосложненная эпилепсия	29 %
Структурное расстройство мозга при нормальном IQ	44 %

**5. Дети с церебральными нарушениями страдают теми же психическими расстройствами, что и дети без таких нарушений, но с важными отличиями.** Тремя самыми распространенными признаками церебральных нарушений у детей являются: умственная отсталость, церебральный паралич и эпилепсия. Но в настоящее время возникла новая угроза в виде ВИЧ/СПИДа. Эта эпидемия, которая быстро распространяется в Восточной Европе и на Дальнем Востоке, оказывает прямое воздействие на детей младшего возраста в форме прогрессирующей энцефалопатии, а также косвенное воздействие вследствие ухудшения соматического здоровья и, если лечение не проводится, смерти родителей и членов семьи.

Каждое из этих нарушений связано с повышенной распространенностью психических расстройств, как было упомянуто выше в пункте 3. Рассмотрим эти нарушения по отдельности.

### **Умственная отсталость**

Умственная отсталость – это немедицинский диагноз. Она определяется как состояние заторможенного или неполного развития интеллекта с нарушениями в формировании тех навыков в период развития, которые обеспечивают общую развитость ребенка. Эта категория ничего не говорит нам о причинах отсталости и не указывает на прогрессирующую болезнь мозга. Очень важно понять, что задержка умственного развития сама по себе не есть психическое расстройство. Поэтому этому состоянию отведена независимая ось (Ось 3) в многоосевой классификации и дан независимый ряд кодов в общей классификации (F70–78). Также очень важно понимать, что задержка умственного развития является не просто неспособностью показать определенный уровень по тестам IQ, а означает, что ребенок не удовлетворяет ожиданиям по некоторым практическим функциям. К ним относятся навыки языка и социального общения, практические умения (одеваться-раздеваться, ходить в туалет, овладение языком). Были разработаны очень полезные анкеты для измерения степени адаптивного развития детей и оценки уровня этого развития с их хронологическим возрастом, например, Шкала адаптивного поведения Вайнланда (Sparrow, Balla and Cichetti 1984). Оценки распространенности умственной отсталости в целом показывают, что уровень интеллектуального показателя (по тесту Векслера) ниже 70 баллов встречается примерно у 2–3 % всего населения.

В МКБ-10 умственная отсталость разделена на четыре уровня:

- У большинства лиц с умственной отсталостью это состояние оценивается как легкое при интеллектуальном показателе 50–69 баллов. Дети с таким уровнем обычно могут научиться читать и овладеть профессией, которая позволит им вести самостоятельную жизнь.

- Умеренная умственная отсталость с интеллектуальным показателем 35–49 баллов встречается примерно у 10 % лиц с умственной отсталостью. Такие дети могут научиться простым навыкам труда и самопомощи и выполнять простые операции в контролируемых условиях.

- Выраженная умственная отсталость (интеллектуальный показатель 20–34) присутствует примерно у 3–4 % умственно отсталых. Они могут овладеть простым словарным запасом и жить под присмотром.

- Глубокая умственная отсталость (интеллектуальный показатель ниже 20 баллов) встречается у 1–2 %. Такие дети требуют постоянного внимания и заботы в отношении многих жизненных функций.

Причина, если она известна, будет указана на Оси 4, если она носит медицинский характер, и на Оси 5, если она имеет социальную природу, например, недостаточная стимуляция психического развития в условиях пренебрежения воспитанием ребенка (см. также Главу 5 о социальных факторах этиологии).

Традиционно считается, что причиной задержки умственного развития в легкой степени являются социальные факторы, а более серьезная отсталость вероятнее всего связана с органической болезнью мозга. Одним из свидетельств в пользу этого мнения является то, что легкая степень умственной отсталости более распространена в социально обездоленных слоях общества, чем в привилегированных. В одном большом американском исследовании, например, уровень задержки психического развития среди белого населения составил 3,3 % в низшем социальном классе и 0,3 % в высшем социальном классе. Уровни тяжелой умственной отсталости оказались намного ниже – 0,3–0,5 % без различий между богатыми и бедными. Это, конечно же, не может служить прямым доказательством того, что социальные причины лежат в основе легкой умственной отсталости. Вполне вероятно, интеллектуальные способности переходят по наследству от поколения к поколению, а родители с низким уровнем интеллекта не могут справиться с требованиями современного общества и поэтому вынуждены жить на его «периферии». Истиной же, вполне вероятно, является то, что в основе лежит комбинация различных факторов.

### **Медицинские причины умственной отсталости**

Существует много органических причин умственной отсталости, включая хромосомные расстройства, дефекты нервной трубки, нейрокожные дефекты типа туберозного склероза и дефекты, связанные с мышечными расстройствами, такими как мышечная дистрофия Дюшена, многочисленные врожденные метаболические пороки, травмы и менингит на ранней стадии жизни и многие другие. В значительном количестве случаев основная медицинская причина остается неизвестной. Случаи

неизвестной этиологии в классификации не имеют отдельного названия, потому что безопаснее и очевиднее предположить, что причина будет выявлена в будущем. Ярким примером этого является открытие синдрома хрупкой X-хромосомы. Хотя она была обнаружена в 1943 году, только недавно было установлено, что этот дефект лежит в основе 30 % случаев умственной отсталости и является вторым наиболее распространенным хромосомным дефектом после синдрома Дауна. Другие медицинские причины умственной отсталости приводятся в Главе 7.

## **Практика работы**

Одной из самых важных обязанностей педиатра является профилактика заболеваний и инвалидности. Во время беременности следует избегать употребления алкоголя, курения и приема лекарственных средств, которые могут нанести вред плоду. Вакцинация молодых женщин или девушек с целью иммунизации против краснухи, генетическое консультирование семей, подверженных генетическому риску (см. Главу 7), и женщин старшего возраста, которые могут родить ребенка с синдромом Дауна – вот лишь некоторые из способов профилактики рождения ребенка с инвалидностью.

## **Умственная отсталость и психические расстройства**

У детей с умственной отсталостью очень легко проглядеть наличие психического расстройства, что обусловлено рядом причин. Во-первых, умственно отсталые люди, воспитывающиеся в учреждениях, часто оказываются забытыми, а их человеческим проблемам не уделяется достаточного внимания. Вторая причина заключается в повышенной сложности в общении с умственно отсталыми людьми, многим из которых трудно понимать и выражать свои чувства и потребности. Третья причина кроется в том, что, выявив очевидную умственную ограниченность пациента, многие психиатры считают это достаточным диагнозом и упускают из виду другие очень важные симптомы, указывающие на наличие сопутствующего расстройства, например, гиперактивности или аутизма. Это становится серьезной ошибкой, так как сопутствующее расстройство может потребовать соответствующего лечения, например, направления в специальную школу, психологической или медикаментозной терапии.

Дети с умственной отсталостью могут страдать расстройством из всего спектра психических нарушений, зарегистрированных по Оси 1 в классификации МКБ-10 (см. Приложение 1). Это дает возможность психиатру четко отделить умственную отсталость от психической проблемы. Первостепенной задачей, конечно же, является решение, имеет

ли умственно отсталый ребенок какую-либо психическую проблему вообще. Здесь полезным является определение, приведенное в Главе 2, которое применимо к таким детям в той же мере, что и к любым другим детям. В целом распространенность психических нарушений среди детей с умственной отсталостью в три раза выше, чем среди детей с нормальным интеллектом. У них могут присутствовать все наиболее распространенные виды расстройств, но не все в той же степени.

### **Виды психических расстройств, выявляемые у умственно отсталых детей и подростков**

Наряду с намного более высокой распространенностью психических нарушений среди детей и подростков с умственной отсталостью, имеются различия и по типам психических расстройств, особенно в более серьезных случаях умственной отсталости. Гиперкинетическое расстройство и общее расстройство развития (включая некоторые случаи аутизма) более распространены среди детей с умственной отсталостью, чем среди остальной части детского населения.

Легкая умственная отсталость может также быть обусловлена социальными лишениями, сопровождающими пребывание в детском доме или в семье, где не умеют воспитывать детей должным образом. Даже в этих случаях часто выявляются определенные проблемы, представляющие собой большую трудность, указывающие на наличие специфического расстройства развития, обусловленного органическими или средовыми факторами.

### **Церебральный паралич: психиатрическая точка зрения**

Существует еще одна группа церебральных нарушений, обусловленных органическим поражением ЦНС, которые не являются прогрессирующими, но приводят либо к параличу (типа спастической диплегии), либо к непроизвольным движениям (типа хореоатетоза). Причина часто не ясна, но гораздо реже обусловлена родовыми травмами, чем это считалось ранее. Хотя лежащее в основе заболевания повреждение не прогрессирует, клиническая картина меняется по мере взросления ребенка и включения функций различных частей мозга. Например, паралич верхних конечностей появляется приблизительно только в возрасте пяти месяцев, хотя повреждение мозга может возникнуть задолго до того.

Имея различные формы, церебральный паралич также может иметь различную степень тяжести и распространенности. Паралич или расстройство движения может иметь различную степень тяжести и сопровождаться эпилепсией или умственной отсталостью. Вообще говоря,

чем тяжелее и распространеннее паралич, тем больше вероятность сопутствующего психического расстройства.

## **Эпилепсия**

Эпилепсия является эпизодически возникающим расстройством, которое может проявляться в большом разнообразии форм. Ее можно легко принять за другие состояния, например обморок, аффективно-респираторный приступ или психологическое расстройство. О'Донохоу (O'Donohoe 1994) в своем учебнике (см. Дополнительная литература) рекомендует в случае сомнений в диагнозе эпилепсии лучше не диагностировать эпилепсию вообще, так как она требует длительного лечения и становится потрясением для ребенка и его семьи. Очевидно, что лучше всего поставить правильный диагноз! Как показано в Таблице 4.1, частота психических расстройств повышена в случаях неосложненной эпилепсии, но не в той степени, в которой они присутствуют при таких расстройствах как церебральный паралич, которые указывают на более серьезные мозговые нарушения.

### **Прогрессирующее поражение головного мозга: генетические и инфекционные факторы, включая ВИЧ/СПИД**

Ряд вирусных заболеваний в детстве могут быть осложнены менингитом, энцефалитом или энцефалопатией. Обычно такие осложнения редки, но опасны, так как приводят к дезинтегративному расстройству.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа, поразившая Россию и другие страны Восточной Европы (WHO 2006), характеризуется резким ростом заболеваемости среди молодых женщин в результате их вовлеченности в коммерческий секс и совместное использование нестерилизованных игл и шприцев для употребления наркотиков. Это представляет особую опасность для детей, которые могут заразиться ВИЧ во время родов в родовых путях или при кормлении грудным молоком, зараженным ВИЧ. У младенцев, зараженных ВИЧ, развивается энцефалопатия, которая проявляется и как неврологическое расстройство, и как психическое нарушение в виде дезинтегративного расстройства (F83.4) (см. Приложение 1). Согласно сообщениям, такое осложнение является распространенным. Это очень важно, так как инфицирование ребенка от матери можно предотвратить, используя комбинированные антиретровирусные препараты во время родов и избегая кормления грудью.

## **Вопрос поражения головного мозга, являющегося слишком легким, чтобы привести к физическим симптомам**

Концепция «минимального мозгового поражения» занимала прочные позиции в течение многих лет, проявляясь в ряде форм. Одним из примеров является понятие «континуума репродуктивного травматизма». Так как умственная отсталость и церебральный паралич считались результатом серьезной родовой травмы, каково влияние менее серьезных родовых травм, воздействие которых на мозг недостаточно, чтобы вызвать очевидные неврологические симптомы? Был выдвинут ряд предположений, включая гиперактивность, тики, различные типы расстройств развития и аутизм. Сегодня эти концепции считаются чрезмерно упрощенными и в целом неверными. Верно, что причины многих из вышеупомянутых расстройств остаются неизвестными, но это не может быть основанием для выдвижения неверной причины. Например, концепция родовой травмы не учитывает тот факт, что многие из упомянутых выше расстройств развития передаются в семьях из поколения в поколение, и то, что в большинстве случаев таких расстройств рождение ребенка не сопровождалось какими-либо акушерскими проблемами.

### *Резюме Главы 6*

**Резюме связей между мозгом и поведением.** В клиническом мышлении важно отделить расстройства мозга от психических расстройств. Расстройства мозга, скорее, необходимо рассматривать как фактор риска, так как психические проблемы более часты у детей, имеющих доказанное расстройство мозга, такое как умственная отсталость или церебральный паралич. Устойчивые расстройства развития и гиперактивность являются более распространенными у детей с органическим поражением мозга, в остальном же они могут страдать от тех же психических расстройств, связанных с поражением мозга, что и другие дети, хотя проявления у них будут более частыми. В прошлом считалось, что широкий ряд психиатрических и поведенческих проблем, таких как гиперактивность, проблема обучаемости, тики и аутизм являются проявлением «минимального мозгового поражения», но в последнее время эта концепция вышла из употребления. Выше приведен один пример – гиперкинетического расстройства – для демонстрации сложности задействованных механизмов головного мозга. Сейчас проводится большое количество исследований по таким направлениям как разграничение синдромов, понимание психологических основ, нейровизуализация и генетика. По всем этим направлениям получены интересные результаты, указывающие на то, что понимание расстройства характеризуется конкретным стилем мышления, имеются отклонения в анатомическом раз-



витии мозга, но они отличаются в различных исследованиях, а в развитии гиперкинетического синдрома присутствует сильный генетический компонент (см. Главу 7) . Пока эти достижения остаются независимыми друг от друга.

Общим уроком является то, что обычно причинно-следственная связь в случае эмоциональных и поведенческих проблем оказывается сложной. Одна из функций диагностической формулировки заключается в том, чтобы исследовать развитие ребенка, медицинскую историю, историю семьи и ее социальную жизнь и то, как все это соотносится с развитием расстройства. В результате этого психиатр может обнаружить ключи к пониманию причинно-следственной связи, которые помогут решить проблему оказания соответствующей помощи ребенку и его семье.

### *Дополнительная литература*

1. *Rutter M. Graham P. and Yule W.* A Neuropsychiatric Study in Childhood. Clinics in developmental medicine. Nos 35/36 SIMP. Heineman. London, 1970.
2. *Goodman R.* Brain Disorders. Chapter 14 in: Rutter M. and Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. Fourth Edition. London : Blackwell, 2002. P. 241–260
3. *Goodman R. and Scott S.* Child Psychiatry. Oxford : Blackwell, 2005.
4. *O'Donohoe N.* Epilepsies of Childhood. Third Edition. Oxford : Butterworth Heinemann, 1994.

## ГЛАВА 7.

### ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЛИЯНИЯ

В западных странах в течение прошлого столетия детская психиатрия развивалась в условиях культуры, в которой доминировала идея, что «любовь матери столь же важна для психического здоровья, как и витамины для физического здоровья». Это привело к существовавшему до недавнего времени пренебрежительному отношению к самой возможности того, что генетические факторы могут играть значимую роль в психопатологии детского психического расстройства. Память об ужасных преступлениях, совершенных в прошлом столетии под лозунгом улучшения расы в рамках так называемой «науки» евгеники, также внесла свой вклад в это пренебрежение. К настоящему времени в области функционирования генетических механизмов были сделаны важные биологические открытия, которые привели к изменению ситуации. В данной главе будет кратко представлена эта важная тема.

Сначала опишем хромосомные нарушения. Каждая из 46 хромосом, которые присутствуют в каждой клетке человеческого организма, несет в себе полный набор генов человеческого генома. Это все, что необходимо для формирования человека. Ошибки в воспроизводстве и передаче хромосомы между поколениями являются основной причиной заболеваемости. В этой главе будут описаны только два примера распространенных нарушений. Затем мы перейдем к рассмотрению неблагоприятного воздействия отдельных дефектных генов на психическое развитие.

Чтобы помочь читателю с терминологией, мы приводим определение некоторых терминов.

#### Глоссарий генетических терминов

- Хромосома – это структура ядра клетки, являющаяся носителем генов. Хромосомы можно увидеть в световом микроскопе. Гены образованы молекулами ДНК, составленными в плотно скрученные спирали в хромосомах. В каждой клетке человеческого организма имеется 46 хромосом.

- Гамета – это репродуктивная клетка с одинарным набором хромосом, т. е. вид клетки, присутствующий в неоплодотворенном яйце или сперматозоиде.

- Генотип относится к генетической конституции организма.

- Мейоз относится к процессу деления клетки при половом воспроизводстве, в ходе которого происходит рекомбинация генов в клетках следующего поколения.

- Митоз относится к процессу деления клетки в процессе роста организма, при котором весь набор генов передается в дочернюю клетку.

- Фенотип относится к проявлению или реализации этого генетического материала в организме.
- Зигота – это клетка с полным набором хромосом, например, оплодотворенное яйцо.
- Носитель – это индивид (часто женщина), имеющий дефектный ген в своем генотипе, который, однако, не влияет на его функционирование.
- Дородовой диагноз расстройства посредством анализа крови или мочи матери, либо визуализации развивающегося ребенка в матке.

В заключительной части главы будет описано то, как генетические факторы влияют на серьезные расстройства детско-подросткового возраста. К ним относятся тяжелое депрессивное расстройство, шизофрения, аутизм и гиперкинетическое расстройство. Исследования в области генетики этих расстройств и механизмов их влияния пока находятся на ранней стадии.

## **Хромосомные аномалии**

**Клинические характеристики синдрома Дауна** (заболеваемость – 1:650 новорожденных). Этот синдром впервые описал доктор Лангдон Даун в 1866 г., но он был признан хромосомным расстройством только в 1959 г. Синдром Дауна затрагивает каждую клетку организма ребенка, при этом во многих органах наблюдаются отклонения, которые описываются ниже.

**Пренатальная диагностика.** Пренатальная диагностика становится все более доступной для выявления растущего числа расстройств посредством анализа материнской крови, ультразвукового обследования плода для выявления структурных отклонений, анализа амниотической жидкости и эмбриональной крови и тканей. Для оценки риска синдрома Дауна используется комбинация из трех тестов на вероятность этой аномалии: исследование уровня хорионического гонадотропина, свободного эстриола и альфа-фетопротеина в сыворотке материнской крови.

**Период после родов.** На этой стадии подозрение на синдром Дауна могут вызвать такие клинические симптомы как гипотония, сонливость и обширный выйный кожный маркер.

**Черепно-лицевые признаки.** Это брахицефалия (плоский затылок), высунутый язык, маленькие уши, монголоидный разрез глазных щелей и пятна Брушфельда (бледные пятна на радужных оболочках, которые хорошо видны в поляризованном свете).

**Конечности.** Отмечаются единственная поперечная ладонная складка (у 50 %) и укороченная средняя фаланга мизинца.

**Отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы.** Эти отклонения распространены и серьезны, затрагивая 40–45 % детей с синдромом Дауна. Весьма серьезными проблемами являются дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородок, атриовентрикулярный канал-дефект и незаращение боталлова протока.

**Другие распространенные дефекты.** Часто встречаются дуоденальная и анальная атрезия и болезнь Гиршпрунга; кроме того, при синдроме Дауна также могут присутствовать невысокий рост, косоглазие и гипотиреоз.

**Интеллектуальная отсталость и темперамент.** В ранние годы жизни умственная отсталость присутствует всегда, причем IQ достигает 25–75 (средний нормальный IQ = 100). У молодых взрослых с синдромом Дауна он обычно составляет 40–50. Социальные навыки относительно развиты. Исследования, в которых дети с синдромом Дауна сравнивались с другими детьми с умственной отсталостью, подтвердили, что дети с синдромом Дауна имеют более ровный темперамент и значительно меньше проблем в поведении.

**Пожилой возраст.** Люди с синдромом Дауна обычно имеют меньшую продолжительность жизни. Одной из причин этого является смертность от кардиологических дефектов; вторая – повышенная восприимчивость к болезни Альцгеймера. Действительно, почти у всех взрослых с синдромом Дауна проявляются симптомы этого расстройства.

В случае беременности женщины в возрасте существует повышенный риск рождения ребенка с синдромом Дауна. Для матери в возрасте 20 лет риск рождения ребенка с синдромом Дауна составляет 1:1500, тогда как в возрасте 45 лет или старше риск рождения ребенка с синдромом Дауна составляет уже 1:30.

## Генетика синдрома Дауна

Впервые генетика этого синдрома была описана французской группой исследователей, которой руководил Жером Лежен (1959). Было понято, что в большинстве случаев синдрома Дауна каждая клетка в организме содержит 47 хромосом вместо 46 как у нормального ребенка. Это является следствием нарушения процесса деления клетки во время мейоза, в ходе которого происходит разделение и последующая перестройка генетического материала во время полового воспроизводства (см. сноску на предыдущей странице). При синдроме Дауна одна из хромосом – хромосома 21 – на этой стадии не может отделиться от своей пары, поэтому 2 копии хромосомы 21 переходят в результирующую зиготу с хромосомой 21 от другого родителя. Таким образом, общее количество хромосом 21 составляет три, и в следующее поколение переходит 47 хромосом, формируя ребенка с синдромом Дауна. Этот патологический

процесс, называемый **нерасхождением**, лежит в основе большинства случаев синдрома Дауна.

Реже синдром Дауна возникает не в результате ошибки нерасхождения, а в результате **транслокации**, когда, генетический материал от одного или другого родителя содержится в хромосоме 21, которая прикрепляется к одной из других 23 хромосом в противоположность простому нерасхождению во время мейоза. Так как избыточного хромосомного материала в клетках родителя с этим дефектом нет, оба родителя имеют полностью нормальный фенотип (см. сноску на предыдущей странице). Только посредством хромосомного анализа можно установить, что один из родителей имеет проблемную хромосому. Однако когда происходит формирование гамет в ходе мейоза, дополнительный материал хромосомы 21 переносится в эмбрион, из которого формируется плод следующего поколения. Наследственная ошибка, которая исходно была замаскирована в родителе своей сбалансированностью, теперь уже не сбалансирована и проявляется как дополнительный генетический материал в клетках плода. Формирующаяся зигота содержит дополнительную копию генетического материала хромосомы как и в случае нерасхождения. Этот механизм, проявляющийся в меньшинстве случаев синдрома Дауна (приблизительно 4 % всех случаев), приводит к такому же результату, как и нерасхождение, но причина и генетические последствия отличаются. Любой из родителей в любом возрасте может иметь эту ошибку транслокации и прикрепления дополнительного материала хромосомы 21 к одной из других хромосом. Поэтому любой из родителей может быть ответственен за аномальную передачу дополнительного материала хромосомы посредством транслокации, что приводит к синдрому Дауна. Что более серьезно, так как этот родитель может быть 'носителем', существует значительный риск того, что все последующие дети от такого родителя получают дополнительный материал хромосомы 21 и поэтому будут иметь синдром Дауна. В случаях транслокации возраст матери не представляет собой особого фактора риска. Такие клинические случаи являют собой пример, когда может помочь генетическое консультирование. Роль этой медицинской специальности объясняется в конце данной главы.

### **Аномалии половых хромосом**

Половые хромосомы также подвержены нерасхождению. Примером может служить **синдром Клайнфельтера**. (47, XXУ. Заболеваемость: 1:1000 новорожденных мальчиков). Этот синдром был выявлен в 1940 г. задолго до выяснения его генетических корней в 1959 г. Дополнительная X хромосома может быть получена и от матери, и от отца. В меньшей степени, чем при синдроме Дауна аномальная передача материала от ма-

тери может быть связана с ее возрастом. Такие мальчики обычно имеют высокий рост и тонкие и непропорционально длинные нижние конечности. У них слабо развиты обычные вторичные половые признаки: скудное оволосение на лице, половой член уменьшен. В период половой зрелости яички остаются дряблыми и атрофированными. Семейные исследования показали, что с грудного возраста формирование навыков и способностей, особенно речевых, отстает по сравнению с их нормальными сибсами.

**Синдром хрупкой X-хромосомы (заболеваемость: 1:5000 мужчины – 4–8 % популяции всех мужчин с необучаемостью).**

Этот важный синдром также был описан за десятилетия до понимания корней этой хромосомной аномалии в 1977 г. Сейчас этот синдром признается самой распространенной причиной умственной отсталости у мужчин. Женщины могут иметь статус носителя, если они защищены от дефектной хромосомы наличием альтернативной здоровой X-хромосомы, либо синдром может затронуть их в меньшей степени.

**Клиническое описание.** Характерными особенностями синдрома являются высокий лоб, большие уши, удлиненное лицо и выступающая челюсть, которые появляются в подростковом периоде. Тестикулы после наступления половой зрелости становятся аномально большими. Имеются свидетельства слабости соединительной ткани с повышенной подвижностью суставов и, что более серьезно, порок сердечных клапанов.

**Генетический дефект.** Было установлено, что X-хромосома имеет «хрупкий участок», в котором ткань под микроскопом не окрашивается так, как обычно окрашиваются хромосомы. Это вызвано аномально длинной цепью повторений аминокислот, которые составляют X-хромосому. Мы не будем здесь вдаваться в детали этого аспекта генетики обсуждаемого состояния. При наличии у пациента хрупкой X-хромосомы вероятно потребуются генетическая консультация.

## Другие хромосомные аномалии

Примерно 20 тысяч хромосомных аномалий были обнаружены с 1950-х годов, многие из которых представляют собой очень маленькие фрагменты той или иной хромосомы, но могут быть причиной тяжелых расстройств в организме ребенка. Сейчас установлено на основе анализа спонтанных аборт и выкидышей, что в 50 % из них имелась хромосомная аномалия, вызванная ошибками в делении клетки на ранней стадии. В упоминаемых ниже распространенных расстройствах также присутствует дополнительная хромосома, но из числа хромосом, например, позиций 13 и 18, а не 21. В обусловленных ими синдромах возникают более тяжелые аномалии, чем при синдроме Дауна, и новорожденные с этими синдромами редко живут дольше грудного возраста. Среди

половых хромосом возникает ряд расстройств неразделения. Генетический консультант, роль которого описана в конце данной Главы, может оказать большую помощь при этих менее распространенных и сложных расстройствах. Эти специалисты изучают такие расстройства и следят за прогрессом в данной области. Любой врач, сталкивающийся с таким пациентом или их родителями с такими проблемами, должен обратиться за консультацией к специалисту в области генетики.

### **Генетика затрагивающих мозг расстройств, которые следуют менделевским принципам**

Некоторые из редких расстройств, влияющих на мозг, имеют в своей основе нечто, напоминающее простой менделевский закон наследования, который изучается в школьном курсе биологии. Приведем два примера.

**Туберозный склероз** (распространенность 1:10000) является одним из этих примеров. При этом расстройстве узелки, состоящие из причудливых гигантских клеток и фиброзной ткани, обнаруживаются в различных тканях организма, а на коже присутствуют необычные пятна, состоящие из схожего материала. В тяжелых случаях обычной является умственная отсталость наряду с различными специфическими проблемами обучаемости и эпилепсией. Умственную отсталость обычно сопровождают черты общего расстройства развития (см. Главу 19). Кроме того, часто присутствуют изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и почек.

Генетика расстройства заключается в том, что здесь имеется один доминирующий ген, который характеризуется 50-процентной вероятностью передачи потомству, таким образом, у 50 % потомства отклонения не появятся, а у других 50 % будет туберозный склероз. На самом деле, это упрощенное представление. Существуют две формы этого расстройства, которые обусловлены различными генами в различных семьях.

**Фенилкетонурия** (заболеваемость: 1:10000 живых новорожденных в Европе). Это расстройство следует правилам рецессивного наследования. В среднем, страдает один потомок из четырех от одного индивида, имеющего это нарушение. Если этот диагноз не выявить и, как следствие, не назначить лечение с грудного возраста, результаты будут катастрофическими – с тяжелой умственной отсталостью и частыми эпилептическими припадками. Умственная отсталость будет пожизненной. Другой особенностью этого расстройства является недостаток пигмента в коже, результатом чего является очень белая кожа, белокурые волосы и синие глаза. Это обусловлено ограниченным производством меланина – еще одного продукта метаболизма фенилаланина, который не производится организмом у детей с фенилкетонурией.

Основной генетический дефект приводит к отсутствию фермента фенилаланин-гидроксилазы. Этот фермент регулирует превращение фе-

нилаланина в тирозин. В результате этого фенилаланин накапливается и преобразуется в фенилпировиноградную кислоту, которая является ядовитой для организма и при высоких концентрациях в крови выводится с мочой. В настоящее время лечение основывается на использовании диеты с очень низким содержанием фенилаланина. Диета должна начинаться в грудном возрасте и применяться вплоть до взрослости. Так как фенилаланин является базовой аминокислотой, небольшое количество фенилаланина должно присутствовать в диете. Однако его уровень следует строго контролировать на наличие фенилпировиноградной кислоты. Хотя диета с малым содержанием фенилаланина безвкусна, ребенок остается здоровым, если правила соблюдаются должным образом.

### **Генетика наиболее распространенных психических расстройств детского возраста**

Общеизвестно, что такие распространенные расстройства как депрессия, шизофрения, гиперкинетический синдром и общие расстройства развития проявляются в некоторых семьях чаще, чем в других, но каковы же научные основы передачи этих расстройств?

В истории шизофрении и общего расстройства развития (состояния, которые напоминают детский аутизм) на западе существовал длительный период времени в XX столетии, когда они объяснялись средовой гипотезой расстройства семейных отношений. Так, клиницисты и исследователи обратили внимание на определенную эмоциональную холодность родителей детей с детским аутизмом и предположили, что ребенок реагирует на отношение родителей отстраненностью аутизма. В отношении шизофрении было предложено много сложных теорий, которые ставили в центр внимания искажение мыслительных процессов в рамках этой болезни. Считалось, что причина болезни пациента кроется в нарушенных семейных отношениях. Ни одна из этих идей не внесла какого-либо вклада в успешность лечения шизофрении. Более того, так и не было найдено убедительных доказательств того, что средовые факторы имеют ключевое влияние в этиологии. Более убедительные свидетельства вытекают из исследований генетических факторов, к которым относятся следующие.

**Близнецовые исследования.** Проводится сравнение между идентичными близнецами и неидентичными близнецами одного пола на предмет интересующей проблемы психического здоровья. Идентичные близнецы отличаются от неидентичных тем, чтобы их гены являются точными копиями, тогда как у неидентичных близнецов в среднем примерно 50 % генов являются идентичными. Мы должны помнить, что и идентичные, и неидентичные близнецы живут в одной и той же семейной среде, которая, таким образом, является постоянным фактором для



обоих (или так полагали до недавнего времени). При анализе результатов таких исследований ученых интересует доля идентичных близнецов, оба из которых имеют расстройство (или являются конкордантными), или где один близнец не имеет расстройства, а другой имеет (близнецы являются дискордантными). Такие же наблюдения и расчеты проводятся для неидентичных близнецов одного пола. Если близнецы обоих типов живут в одинаковой среде (и это «если» является важным), различие в уровнях конкордантности между идентичными и неидентичными близнецами является мерой различия между группой, члены которой имеют полностью одинаковый генетический состав, и группой, члены которой имеют только половину одинаковых генов из всего набора генов. Это дает нам меру для определения степени наследуемости расстройства.

Указанное выше «если» часто подвергается сомнению. Близнецы, в частности, идентичные, но также и неидентичные близнецы часто испытывают на себе более одинаковое обращение, чем другие сибсы, и поэтому они представляют собой особый случай.

**Исследования приемных детей.** В этих исследованиях используется тот факт, что традиционное усыновление представляет собой ясный и полный разрыв между биологическими родителями и приемными родителями. Ребенок перемещается в совершенно другую среду, при этом, конечно же, его генетическая конституция остается неизменной. Для изучения различных вопросов могут использоваться проекты различного дизайна. Приведем два наиболее простых из них.

1. Потомство родителя с расстройством (например, с шизофренией) может быть подвергнуто исследованию с целью выяснить, развивается у них это расстройство или нет.

2. Биологические родители потомства, у которого развилась шизофрения, могут подвергнуться исследованию с целью выяснить, не имели ли они это расстройство в прошлом.

В обоих случаях генетический материал перемещается вместе с ребенком в другую среду, но не меняется, равно как и не меняется его воздействие на развивающегося индивида.

Как и в случае исследований с близнецами, исследования приемных детей были и остаются крайне полезными для понимания генетических корней психических расстройств. Однако эти методы также не лишены проблем. Например, в близнецовых исследованиях мы предполагаем, что среда, в которой дети воспитываются, одинакова и для идентичных, и для неидентичных детей. Это, однако, представляет собой лишь определенное приближение.

Что касается исследований приемных детей, следует помнить, что усыновляемые дети имеют родителей, которые решили предпринять этот роковой шаг. Равным образом, семьи, которые принимают решение усыновить ребенка, не являются обычными людьми. Эти оговорки подразумевают, что ни те, кто соглашаются на усыновление их ребенка

кем-то, ни те, кто становятся приемными родителями, не являются типичными представителями популяции в целом. Эта критика не опровергает достоверность исследований приемных детей и близнецов, а лишь означает, что интерпретацию результатов таких исследований следует выполнять осторожно.

## Наследуемость

Положительные результаты исследований близнецов и приемных детей привели генетиков к постановке следующего вопроса: «Мы показали, что в этих болезнях присутствует большой генетический элемент, но каков механизм их передачи от родителя к потомству?»

Одно можно сказать с уверенностью: механизм в этих случаях не представляет собой простой менделевский процесс. Обычно паттерн менделевского наследования не выявляется. Наиболее вероятным ответом является то, что здесь результат определяется большим числом генов, каждый из которых не оказал бы никакого эффекта по отдельности, но вместе они могут привести к расстройству. Популярным примером является рост человека. На рост индивида в целом в значительной мере влияет рост родителей, но это влияние не следует простым генетическим принципам. Скорее, здесь вероятный рост индивида определяется нормальной кривой, описывающей рост родителей. Такое соответствие может иметь место в благополучные времена, когда все хорошо питаются и развиваются. Однако, все еще может случиться так, что даже маленькие дети могут не получать нормального питания для здорового роста. При этих обстоятельствах рост ребенка будет задерживаться по причинам, связанным со средой, а не с генами, унаследованными от родителей. То есть, в основе формирования невысокого роста и веса лежит зависимость от среды, в которой он жил в период своего развития.

Такие же рассуждения верны в отношении основных психологических факторов, действующих в период развития ребенка. В зависимости от так называемой **наследуемости** болезни она будет присутствовать у близких родственников и будет, вероятнее всего, передаваться потомству генетическими механизмами, а не пребыванием в одной и той же среде. Если в рамках исследований близнецов и приемных детей обнаруживается, что какая-то определенная болезнь имеет высокую семейную конкордантность, считается, что она имеет высокую наследуемость. Как оказалось, упомянутые выше расстройства, а именно шизофрения, серьезное аффективное расстройство, аутизм и гиперкинетический синдром – все характеризуются наследуемостью на уровне примерно 80 %. Это указывает на их наследственное происхождение. Но следует подчеркнуть, что это не исключает лечения вообще или не говорит о том, что пациент является неизлечимым. Как и в примере с ростом человека,

это не исключает средовые влияния и средовые подходы к лечению и реабилитации.

Другой особенностью расстройств, имеющих высокую наследуемость, является следующее: так как наследование обусловлено многими генами, разбросанными по хромосомам, имеются случаи, когда какой-то член семьи наследует не весь набор генов, но лишь некоторые из наиболее важных. Это может стать причиной расстройств, которые отличаются по качеству от основного расстройства, но все равно являются причиной трудностей. Возможно, самым известным примером являются близкие родственники людей с аутизмом, среди которых наблюдается высокая частота трудностей в социализации и, в некоторых случаях, трудностей в общении и обучении (см. также Главу 23). То же самое можно сказать о родственниках людей, страдающих депрессией, которые имеют высокие уровни депрессии и тревоги.

### **Генетическое консультирование**

Генетический консультант имеет опыт и знания в области биологии генетического заболевания и его передачи. Пациента следует направить к такому специалисту, если диагноз конкретной проблемы хорошо установлен, и требуются рекомендации по планированию будущего ребенка и семьи. Прежде чем обратиться к генетическому консультанту, следует иметь следующую информацию:

1. Диагноз, опирающийся на историю болезни, осмотр и необходимый объем исследований, а в некоторых случаях пренатальное обследование.

2. Подробная история семьи.

Без диагноза и истории семьи генетический консультант сможет дать лишь очень ограниченную информацию.

На словах это выглядит легче, чем на деле. При многих расстройствах один «фенотип» может базироваться на различных генетических механизмах. Примером может служить туберозный склероз, описанный ранее в этой главе. Многие из серьезных расстройств имеют множественные генетические корни, и в последующие годы будет вестись поиск генов, отвечающих за эти расстройства.

После получения диагноза и описания истории семьи на протяжении нескольких поколений следующей задачей клинического генетика является расчет риска.

Родителей будет интересовать не только риск, но также тяжесть угрожающего расстройства и какой выбор у них имеется. Один вариант – это пренатальная диагностика с учетом предположения, что родители готовы рассмотреть прерывание беременности. Другая возможность – донорство спермы или яйцеклетки.

Наконец, улучшение социальных условий, большее разнообразие образовательных возможностей, улучшение государственной системы образования облегчают родителям воспитание их детей-инвалидов. Было время, когда родителям детей с синдромом Дауна советовали «оставить ребенка в больнице, а мы позаботимся о нем». Теперь дети с синдромом Дауна снимаются в одном из самых популярных британских телевизионных сериалов – «Eastenders» - в роли обычного ребенка, воспитываемого в нормальной семье. Таким образом, ситуация меняется к лучшему.

### *Резюме Главы 7*

В данной главе описана генетика ряда расстройств с сильной наследственной предрасположенностью. В настоящее время признается, что механизмы генетики оказывают намного большее влияние, чем это считалось ранее в детско-подростковой психиатрии. Язык генетики может быть не столь знакомым для многих специалистов, работающих с детьми и семьями, но основной вывод заключается в том, что изучение этого вопроса стоит усилий, даже если оно помогает понять лишь то, что влияние генетических факторов не означает безнадежность и неизлечимость. Лечение и профилактика возможны и могут обеспечить значительное улучшение жизни самих детей и их семей.

### *Дополнительная литература*

1. *Turnpenny P. D. and Elland S.* Emery's Elements of Medical Genetics. 2005.

Глава 1 и 2 представляют собой введение, Глава 3 посвящена делению клеток, Глава 18 касается хромосомных расстройств, а в Главе 19 описываются заболевания, обусловленные одним геном.

Глава 20 посвящена скринингу заболеваний, Глава 22 – оценке риска, а Глава 17 – генетическому консультированию. Это наиболее полезные главы в этой отличной книге.

2. *McGuffin P. and Rutter M.* Genetics of normal and abnormal development. Chapter 12 in: Rutter M. and Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. Oxford : Blackwell, 2002.

Материалы по генетике, имеющие отношение к детско-подростковой психиатрии.

## ЧАСТЬ 3.

### ЛЕЧЕНИЕ

#### Введение в лечебное дело: общие принципы

Лечебная работа будет представлен через описание четырех компонентов, каждый из которых имеет существенное значение:

**1. Клинический план организации лечения.** Он определяется диагностической формулировкой, представленной в Главе 3.

**2. Методы лечения,** которые могут входить в клинический план организации лечения. Эти методы описаны в Главах 10–17 и представляют собой основную тему данного раздела, при этом особое внимание уделяется методам, эффективность которых установлена в клинических испытаниях.

**3. Учет жизненных обстоятельств ребенка,** которые не являются частью терапии, но оказывают значительное влияние на исход терапии. К ним относятся жизнь ребенка дома и в школе, отношения с ровесниками, а также любые другие необычные обстоятельства, например, воспитание в институциональной среде. Такие обстоятельства часто соответствуют кодам по Оси 5 в МКБ-10: «Потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами». Их описание можно найти в многоосевой классификации для детей и подростков в МКБ-10, кратко изложенной в Приложении 1.

**4. Свидетельства, указывающие на эффективность метода лечения.** Это та область, где необходимы научные исследования хорошего качества, которые могут быть выполнены только в специализированных центрах теми, кто специально изучал вопрос и владеет исследовательскими методами, необходимыми для проведения такой работы. Очень важно, чтобы специалисты шли в ногу с научными исследованиями в области клинической практики.

Легко можно заняться одним из этих четырех компонентов лечения, забыв о других, но при обдумывании и планировании лечения необходимо сохранить равновесие между всеми. Они будут представлены в Главе 11 и более подробно в последующих главах Части 3.

## ГЛАВА 8.

### ОБЗОР ВИДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

**Психодинамическая терапия.** Более детально см. главу 11. Игротерапия для маленьких детей.

#### **Сказкотерапия.**

**Межличностная психотерапия для подростков.** Психодинамическая терапия привела к появлению большого числа школ мысли, которые иногда соперничают друг с другом. Объем данной книги позволяет осветить только крошечную часть из огромного списка существующей литературы по психодинамической терапии. В частности, внимание будет уделено двум методикам, которые имеют реальное прикладное значение и доказательную базу их эффективности. Кроме того, включена еще одна интересная методика, зародившаяся в России, эффективность которой пока не изучена, но которая может оказаться перспективной. Все три методики могут использоваться в условиях интенсивной практической клинической работы.

**Поведенческая терапия.** Более детально см. Главу 12. Поведенческая терапия зародилась в недрах исследований по экспериментальной психологии обучения (Herbert 1994). После сорока лет своего существования этот метод прочно закрепился, получил освещение в огромном списке литературы по клиническим исследованиям и имеет чрезвычайно широкую область применения. Рождение поведенческой терапии связано с деятельностью лаборатории И. П. Павлова в Санкт-Петербурге, и принципы, разработанные И. П. Павловым и его коллегами, оказали решающее влияние на развитие этой методики.

**Когнитивно-поведенческая терапия.** Более детально см. Главу 10. Данный метод является развитием поведенческой терапии. В нем учитываются мысли пациента, включая то, что он говорит себе, и его мнение о себе и о других. Одна из главных целей этой терапии заключается в том, чтобы поставить под сомнение представления пациента о себе, которые создают ему проблемы. Например, подросток может полагать, что он должен всегда доминировать в беседе и всегда оставлять за собой последнее слово. Он становится непопулярным, но не может понять почему. Когнитивно-поведенческая терапия помогает таким пациентам увидеть, где их социальное поведение развивается в неверном направлении.

**Семейная терапия.** Более детально см. Главу 14. Семейная терапия – это методика, основанная на теории, утверждающей, что семья работает как система, в которой каждый член влияет на развитие и поведение всех других членов семьи. Например, когда ребенок в семье заболевает, это влияет на всех членов семьи уникальным для этой семьи образом.

**Групповая терапия.** Более детально см. Главу 14. Многие из вышеупомянутых подходов могут применяться для работы с более чем одним

ребенком или подростком. Такой вариант может показаться хорошей возможностью для экономии сил в перегруженных клиниках. Однако имеются другие причины, по которым групповая работа имеет важные преимущества по сравнению с индивидуальной терапией. Стоит лишь вспомнить, что дети с эмоциональными и поведенческими проблемами обычно сталкиваются с тем, что им трудно наладить и поддерживать хорошие отношения с ровесниками, и преимущества хорошо продуманной групповой работы становятся очевидными. Группа может дать ребенку или подростку возможность развить в себе качества, необходимые для общения с другими, и может оказаться полезной тем, что поможет ребенку научиться находить удовлетворение в оказании помощи окружающим или в дружбе с другими детьми. Групповая работа в детско-подростковой психиатрии широко используется для работы с детьми всех возрастов и с их родителями.

**Фармакотерапия.** Более детально см. Главу 15. Фармакотерапия представляет собой более традиционный подход в медицинской практике. Однако в результате клинических испытаний стало понятно, что лекарственная терапия занимает очень важное место в лечении детей и должна рассматриваться при планировании лечения как часть общего клинического плана лечения. Врач должен понимать, как действуют назначаемые им препараты, а также обладать навыками и умениями контроля за курсом медикаментозного лечения детей, подростков и их родителей.

**Психиатрические консультации.** Детальное описание не приводится. Этот комплекс методов особенно уместен там, где ощущается недостаток ресурсов и имеется большое количество детей с эмоциональными и поведенческими проблемами. Эта методика была разработана в 1950-х годах Капланом. Она заключается в том, что член многодисциплинарной команды встречается с другими специалистами, которые имеют дело с детьми, имеющими эмоциональные нарушения и расстройства поведения, но чья основная профессиональная деятельность не связана с психическим здоровьем. Это могут быть фельдшеры, учителя, работники правоохранительных органов, организующие лечение малолетних правонарушителей. Такие специалисты в лечебных учреждениях называются «консультируемыми», а специалисты в области психиатрии, осуществляющие консультацию – «консультантами». Круг возможных консультируемых чрезвычайно широк.

В рамках консультативных встреч консультант и консультируемый равны по положению (т. е. между ними нет отношений типа «преподаватель-студент» или «начальник-подчиненный»), а консультант дает экспертные рекомендации в области психического здоровья. В рамках этого процесса также может осуществляться наблюдение за тем, как консультируемые работают с детьми, и проводится обмен опытом и знаниями.

**Стационарное лечение и дневной стационар.** Более детально см. Главы 16 и 18. Использование этих форм лечения в настоящее время отличается в западных странах и в традиционной российской практике. Такие услуги необходимы, но вопрос заключается в том, как их можно использовать с наибольшей выгодой для терапии наиболее тяжелых больных детей и подростков. В Главе 15 описывается многообещающий многодисциплинарный российский подход, который был внедрен в Свердловской области и практикуется там уже в течение 7 лет, в рамках которого помощь получают дети с тяжелыми расстройствами.

Переходя к стационарной помощи в Главе 17, когда она требуется, следует отметить, что ключом к хорошей практике является планирование пребывания пациента в стационаре и проведение активной терапии многодисциплинарным коллективом стационара. Очень важно поддерживать и развивать связи с теми, кто будет помогать или обеспечивать развитие ребенка или подростка в их повседневной жизни – в частности, семья, друзья и школа.

### **Качества специалиста или терапевта**

Когда кто-либо приходит на прием к специалисту в области психического здоровья за помощью по поводу какой-либо проблемы, в ходе встречи возникают два аспекта: первый – это сама беспокоящая проблема или болезнь, а второй – это специалист, с которым человек встретается. Вполне вероятно, пациент выйдет после встречи с определенным мнением о профессиональных качествах человека, который его принял. Например, был ли он дружелюбен, старался ли он снять напряжение и обеспечить комфортность, или наоборот казался невнимательным и холодным, спешил, не имея времени на пациента?

Начиная с 1950-х годов, было проведено много исследований с целью выяснить, что такое «хороший психотерапевт». Это было вызвано необходимостью обеспечить качественную подготовку врачей в соответствии с хорошим стандартом. Врач, однако, может и сам сделать важный вклад, а именно способом общения, установления контакта с ребенком, подростком или их родителями. Оценка роли врача проводилась несколькими способами, но особую пользу принесли звукозапись, а в последнее время и видеозапись сеансов терапии. Одним из системных и важных открытий в результате таких исследований стало понимание того, что существуют качества, которые в ходе терапии имеют наибольшее значение для улучшения состояния пациента. Вероятно, наиболее очевидным качеством здесь является **эмоциональная теплота**, которая должна исходить от врача во время терапии. Сердечный и отзывчивый врач, который дает ребенку или подростку возможность почувствовать, что их проблемы волнуют его, с большей вероятностью сможет помочь им и получить более качественные результаты терапии.



Второе качество – **эмпатия**. Это способность врача проникнуться и, в некоторой степени, разделить чувства молодого пациента. Третье качество называется **безоговорочным положительным принятием**. В этом случае врач демонстрирует своим поведением и отношением: что бы ни сделал ребенок или подросток, врач все равно будет лечить его с любовью и уважением. Врач может не одобрять то, что сделал ребенок или подросток, но это не меняет его отношения к ребенку или подростку как к личности (Tsuax and Carkhuff 1967). Четвертое качество заключается в том, чтобы врач ясно представлял себе политику лечения и мог объяснить ее пациенту.

Эти терапевтические качества важны для всех форм терапии, но они особенно важны для психодинамических видов психотерапии.

### **Влияние терапии на психотерапевта: важность консультаций и супервизии и преодоления профессиональной изоляции**

Злейшим врагом хорошей практики в детско-подростковой психиатрии является профессиональная изоляция. Это относится ко всем видам психотерапии. Столкнувшись с проблемами ребенка и семьи, врач по должности обязан отреагировать и принять на себя эмоциональное содержание проблемы. Однако не следует проявлять излишнюю реакцию, например, демонстрировать преувеличенную жалость к бедам ребенка, реагировать с раздражением на то, что врач считает слабостью, или разделять гнев общественности в связи с актом разрушения или насилия, которые совершил ребенок. Показать, что вы сочувствуете бедам ребенка – это хорошо, но также важно оставаться объективным по отношению к проблемам, с которыми пациент пришел к врачу.

Ответом здесь является готовность проанализировать и обсудить трудности, возникшие в конкретном случае, с коллегой, которого вы уважаете, каков бы ни был ваш опыт. Это трудно сделать в клинике, которая находится далеко от крупного центра, но важно попытаться найти возможности для подобного обсуждения. Можно, конечно, быть «стойким оловянным солдатиком» или, выражаясь менее любезно, держать голову в песке и притворяться, что у вас нет никаких проблем с пациентами и с вашими чувствами по отношению к ним и с их ситуацией.

### **Важность уважения к пациенту**

Существует ряд способов для выражения своей профессиональной готовности оказать помощь пациенту и его семье.

- Всегда проводите прием в назначенное время. Если вы опоздали, извинитесь или лучше предупредите заранее, что вы опоздаете.

- Приветствуйте семью так, как будто вы их любите и уважаете и рады видеть их.
  - Не позволяйте прерывать прием. Культура клиники должна быть такой, чтобы даже руководителю клиники не разрешалось прерывать прием, который ведет самый младший член персонала.
  - Каждый врач должен также заниматься просвещением по вопросам здоровья. После оценки ребенка, особенно, подростка, и его родителей необходимо проинформировать их соответствующим способом о результатах оценки. То же самое относится к лечению. Все участники должны быть проинформированы о требованиях программы модификации поведения или об ожидаемых результатах и побочных эффектах назначенных препаратов.
- Это – основы хорошей практики.

### **Посещение клиники**

Одной из практических проблем в детско-подростковой психиатрии является самостоятельное прекращение лечения пациентами. Во многих клиниках приблизительно третья часть семей прекращают лечение уже в самом начале. Это чрезвычайно расточительное использование профессионального времени. Что можно сделать в таких случаях? Существует несколько возможностей:

Долгий срок ожидания приема у специалиста может помешать семье обратиться в клинику. Они могут даже забыть, что их направили на прием. Если вы не сможете их принять в течение шести-девяти месяцев, зачем им вообще стараться? Это – большая проблема в Британии, но не в России, где высоко ценится система приема по требованию. Число семей, направляемых на консультацию, значительно превышает потенциал клиник. Может быть, стоит принимать семьи как можно быстрее, даже если в рамках этого первого приема будет возможно произвести только предварительную оценку.

Есть определенные проблемы, при которых дети и семьи, скорее всего, не придут в клинику. Это особенно относится к проблемам поведения и другим расстройствам, которые указывают на поведенческие нарушения у ребенка, а не эмоциональные проблемы. В такой ситуации особенно полезным может быть участие других специалистов.

В серьезных случаях отсутствия мотивации у подростка можно провести прием не в клинике, а где-нибудь в другом месте – у него дома, в детском доме или в школе. Хотя такой метод потребует больше времени, он может быть особенно полезным в небольшом городке (но не в большом городе при плохой работе общественного транспорта). Работа вне клиники также имеет свои преимущества. Если ребенок ведет себя плохо дома, очень полезно увидеть своими глазами домашние условия. Картина может значительно отличаться от впечатления, полученного со слов в клинике.

### *Резюме Главы 8*

Данная глава является введением в лечебное дело. Кратко описаны основные виды лечения, используемые в детской психиатрической бригаде, что создает основу для обсуждения дальнейших вопросов в этой книге. Представлены основные качества, которыми должен обладать врач, и освещены другие вопросы, касающиеся взаимоотношений между пациентом и врачом.

### *Дополнительная литература*

*Caplan G.* The Theory and Practice of Mental Health Consultation. New York : Basic Books, 1970.

## ГЛАВА 9.

### МНОГОДИСЦИПЛИНАРНАЯ БРИГАДА

Широкий круг знаний, умений и навыков необходим для того, чтобы помочь детям с эмоциональными нарушениями, трудностями в поведении и обучении, а также их родителям. В коллектив необходимых специалистов могут войти психологи, детские психиатры, детские психиатрические медсестры, психотерапевты, педагоги и дефектологи. Члены такой группы должны обладать необходимым уровнем знаний, умений и навыков. Цель многодисциплинарной бригады состоит в организации адекватной и эффективной совместной работы специалистов с проблемами ребенка и семьи.

Чтобы объяснять многодисциплинарный подход, начнем с первого прихода ребенка и семьи на прием в клинику. Кто или что приветствует их? Их должен приветствовать тот, кто будет работать с семьей на этапе **начальных процедур**. Этот специалист запишет полную историю болезни, изложенную ребенком и его родителями, а затем проведет оценку и формулировку, как описано в Главах 1 и 3. Далее следует необходимость составления и реализации плана лечения, объяснение и обсуждение всех деталей с семьей на каждом этапе и назначение дальнейших исследований, если это необходимо.

Уже на этой ранней стадии система не будет работать сама по себе. Семья, обратившаяся в клинику, пришла с проблемой их ребенка, которая ставит их в тупик, а в некоторых случаях злит или, возможно, пугает. Они хотят получить ответы. Возможно, специалист, который ведет прием семьи, хорошо ладит с ними, и они чувствуют, что их трудности понимают, и удовлетворены тем, что что-то можно изменить. Работающий с ними специалист должен иметь время поразмышлять об этих трудностях и, при необходимости, иметь возможность воспользоваться всеми преимуществами коллективного разума многодисциплинарной команды. Это может потребовать полипрофессионального обсуждения.

Такое обсуждение может проводиться в рамках регулярных **еженедельных совещаний многодисциплинарной бригады**. Данная книга составлена таким образом, чтобы в ней прослеживалось движение от прихода ребенка и его семьи на прием с жалобой к различным вариантам лечения с использованием психодинамической терапии, поведенческой терапии и фармакотерапии или психообразовательной или социальной помощи, и чтобы просматривалась схема лечения каждого случая. Члены такой многодисциплинарной команды представляют несколько различных специальностей. Это значительно расширяет возможности клиники и открывает дальнейшие варианты лечения, например, в применении психотерапии подготовленным терапевтом, в медикаментозном лечении, назначаемом врачом, в психообразовательной поддержке со

стороны специально обученных педагогов и специалистов по социальной работе.

По сравнению с работой отдельного врача многодисциплинарная бригадная работа предоставляет богатые возможности для более широкого мышления и обучения. Однако ценой этого является повышенная сложность организации работы. Члены многодисциплинарных бригад, особенно в такой области как психическое здоровье, не всегда будут соглашаться между собой и, возможно, будут даже иметь противоречащие убеждения и подходы к жизни. Например, психиатр может придавать большое значение точному психиатрическому диагнозу, а психолог в бригаде может придерживаться другого подхода, учитывая, в первую очередь, оценку степени развития ребенка и не считая диагноз столь важным. Различия во мнениях по этим вопросам могут вызвать трения и снижение производительности. Есть несколько способов, с помощью которых многодисциплинарная бригада может справиться с такими трудностями. Первый из них – это обеспечение лидерства в команде. Лидер должен быть из состава персонала клиники, при этом он должен отвечать за создание в клинике благоприятной атмосферы для детей и семей. Эту важную функцию лучше выполнит специалист, наделенный необходимыми полномочиями и властью, официально назначенный органом здравоохранения, в ведении которого находится данное учреждение. Лидер также должен предупреждать нарушения правил практики, обеспечивая соблюдение принятых этических норм, работая с жалобами пациентов, проводя хронометраж рабочего времени, отслеживая новое в профессии и обеспечивая ответственное поведение в рабочих ситуациях.

Второй существенной особенностью многодисциплинарной работы является разграничение ролей различных специалистов. Это в значительной мере определит, какую работу они будут выполнять. Например, очевидно, что именно социальный работник будет заниматься вопросами жестокого обращения с детьми или работать со случаями, где это является проблемой. Такое разграничение помогает еще более структурировать работу бригады.

Если обратиться к роли и обязанностям каждого специалиста многодисциплинарной бригады, каждый член бригады должен отвечать за работу в рамках своей специальности. Это следует уважать. В индивидуальной работе в рамках конкретной области профессиональной деятельности ни одна профессия не может считаться выше какой-либо другой специальности в бригаде.

Важно, что лидер команды вносит вклад в практическую работу бригады, оценивая и леча пациентов наряду с другими членами команды. Пропорциональное время нужно дать их роли лидерства.

Третьей важной особенностью работы многодисциплинарной бригады является ведение документации, а также связь с другими членами

бригады и с другими ведомствами посредством официальных писем и записок.

### **Регулярные совещания клинической многодисциплинарной бригады**

Такие совещания играют весьма важную роль в жизни каждой многодисциплинарной бригады. В больших учреждениях таких бригад может быть несколько. Совещание должно назначаться на время, когда все члены бригады могут присутствовать. Один из членов бригады назначается председателем. Работа председателя заключается в том, чтобы обеспечить выполнение бригадой всей запланированной на неделю работы. Председатель имеет список всех новых пациентов на неделю. Каждый пациент прикрепляется к одному из членов бригады, который имеет соответствующие этому случаю опыт и квалификацию. Случаи могут повторно рассматриваться на последующих встречах многодисциплинарной бригады, если возникнут дальнейшие проблемы. Встреча многодисциплинарной бригады является самым важным моментом в ходе всей рабочей недели, поэтому любые помехи, которые могут помешать работе такого совещания, должны быть сведены к минимуму.

Помимо мероприятий, направленных на повышение качества работы бригады, например, углубленное обучение вопросам кейс-менеджмента, выполнение обзоров литературы, приглашение экспертов, важна также связь с другими службами района, например, с медико-педагогической комиссией. Многодисциплинарная детско-подростковая служба должна вносить свой вклад в работу этой и других подобных постоянных комиссий в районе, а также следить за новинками в своей профессиональной области.

Выше перечислены основные функции многодисциплинарной бригады, но творчески мыслящие и энергичные энтузиасты своего дела скоро смогут увидеть, что можно сделать намного больше. Важно иметь механизм поддержки инициатив в области полипрофессиональной работы. Необходимо иметь систему, которая позволяет услышать предложения от бригады и реагировать на просьбы с мест, направленные на дальнейшее развитие службы. Например: детские медицинские учреждения могут выразить желание включить психологическую помощь в спектр своих услуг. Центры специального образования могут пожелать ввести дополнительный компонент помощи детям с эмоциональными и поведенческими проблемами, возникающими в процессе обучения и в школе (например, детям с общими расстройствами развития или расстройствами аутистического спектра) (см. Главу 23). Родители могут пожелать создать группы для детей со своими особыми требованиями.

Клиника должна иметь возможность отреагировать на такие потребности, рассматривая предложения или, в некоторых случаях, даже

обращаясь за дополнительным финансированием с целью расширения объема оказываемых услуг.

### *Резюме Главы 9*

В данной главе представлен краткий обзор работы многодисциплинарной бригады в области детского психического здоровья. Каждый небольшой или средний город в области может нуждаться в таких услугах, а в большом городе – каждый район. Описаны три главных требования к полипрофессиональной бригаде: лидерство, разграничение ролей всех специалистов, принимающих участие в работе бригады и устная и письменная коммуникация между членами бригады и другими ведомствами и службами в районе. Такого рода службы могут оказать существенную помощь детям и их семьям, школам и детским медицинским учреждениям.

### *Дополнительная литература*

1. *Lask B.* Paediatric Liaison Work. Chapter 58 in: Rutter M., Taylor E. and Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4<sup>th</sup> Edition, 1994.
2. *Connolly Jo.* Interdisciplinary working – the reality. In: *The Blackwell Companion to Social Work* Martin Davies (Editor), 1997. P. 298–301.

## ГЛАВА 10.

### ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ОБЫЧНЫХ ШКОЛАХ

Российские школы имеют хорошую репутацию. Здесь поддерживается строгая дисциплина, поощряется соревновательность среди хорошо успевающих школьников с целью поддержания высоких стандартов. Многие неформально работающие учителя понимают, что дети также нуждаются в эмоциональной поддержке, и оказывают ее безвозмездно. Зачастую школа поддерживает хорошие отношения со своими выпускниками, но обычно это осуществляется неофициально. Как и в других странах, учителя сталкиваются с многочисленными эмоциональными и поведенческими проблемами в классной комнате и во внеурочное время. Здесь будут представлены следующие проблемы:

- Дети, которые часто не ходят в школу.
- Дети, нарушающие дисциплину на уроках.
- Дети, которые издеваются над более слабыми.
- Дети, испытывающие трудности в учебе.

Во всех промышленно развитых странах дети проводят существенную часть своей жизни в школе. Они используют его для формального изучения предметов, но неофициально они также учатся формировать и поддерживать дружбу, контролировать гнев и сопротивляться или поддаваться психологическому давлению со стороны других, будь то взрослых или сверстников. Они также учатся делать то, что необходимо делать, и то, что делать скучно или трудно. С другой стороны, большая часть из того, что они делают, стимулирует их воображение и устремления и создает основу для будущей карьеры.

Большинство детей не имеют каких-либо серьезных эмоциональных или поведенческих проблем, но некоторая часть детей страдают ими. Согласно оценкам, в Великобритании приблизительно 20 % учеников испытывают проблемы в учебе, что неблагоприятно сказывается на их успеваемости.

Как показывают исследования, проведенные в англоязычном мире, школы отличаются друг от друга по количеству и тяжести проблем с учениками. Хорошо организованные школы с педагогами-энтузиастами, твердым лидерством, легко понятными правилами поведения и ясной идеологией имеют значительно меньше проблем, включая указанные выше четыре проблемы.

### Посещение школ специалистами в области психического здоровья

При посещении школы специалистом в области психического здоровья необходима определенная степень официальности, профессиона-



лизма и уважения. Если такие посещения становятся регулярными, то степень официальности отношений может снизиться.

Следует помнить, что в школе все очень заняты. Во время беседы с завучем или учителем может зазвонить телефон либо другие учителя могут отвлечь в любой момент времени. В конце встречи попытайтесь быстро подвести итог сказанному и предложите дальнейшие действия. Кратко конспектируйте сказанное во время встречи и договоритесь о дополнительной встрече, если это необходимо.

### **Эмоциональные и поведенческие проблемы детей в школе**

Результаты российского исследования, которое описывается в Главе 4, указывают на два важных момента:

- Как в условиях школы, так и дома можно найти весь спектр распространенных расстройств, описанных в Главе 2.

- Дети, имеющие симптомы психологических проблем дома, часто не демонстрируют их в школе, и дети, демонстрирующие проблемы в школе, не имеют их дома.

В качестве одного из выводов из этого следует, что учителей нужно обучать умению распознавать эмоциональную угнетенность у детей, которых они обучают.

Специалисты в области психического здоровья, и особенно педагоги-психологи, могут играть важную роль в образовательной работе и в плане эмоциональной поддержки учителей.

Дети с необычными или тяжелыми расстройствами, например с детским аутизмом, должны получать специальную педагогическую помощь с раннего возраста. Важно, чтобы их проблемы оценивались в сотрудничестве со школой, с назначением лечения, включая специальное образование, на основе сотрудничества с родителями.

### **Типы проблем, с которыми специалисты в области психического здоровья могут столкнуться в школах**

Самыми распространенными психологическими проявлениями непосещения школы являются **систематические прогулы** и, реже, **отказ ходить в школу**. Важно различать эти два типа отклонений друг от друга. Третья серьезная проблема – недекларируемая необходимость заботиться о других членах семьи (например, родителе-инвалиде), а четвертая – стремление скрыть жестокое обращение с детьми (см. также Главу 19).

## **Систематические прогулы**

Регулярно прогуливающие школу дети обычно делают это скрытно от родителей. Они могут придти в школу утром, чтобы показать, что они в школе, после чего исчезают, иногда в одиночку, но чаще с группой друзей. Они могут пойти в местный торговый центр, в парк или на игровые аттракционы, если таковые есть в городе. Они проведут день, играя, занимаясь воровством или вандализмом. После окончания уроков в школе они возвращаются домой так, чтобы их приход был приурочен к соответствующему моменту времени. Если их спросят, они скажут, что в школе скучно, и что они недовольны кем-то из учителей или из числа других школьников. Они отстают от других школьников, успеваемость низкая. Если они все-таки присутствуют на уроках, чаще всего они нарушают дисциплину. Часто учителя и другие активные ученики рады, если эти неуспевающие и недисциплинированные ученики прогуливают школу. У такого ребенка или подростка часто диагностируется какое-либо экстернализирующее расстройство (см. описание в Главе 2).

## **Оказание помощи при систематических прогулах**

Это трудный вопрос. Специалисту приходится иметь дело с таким ребенком и его семьей, которая, вполне вероятно, не желает брать на себя ответственность за учебу ребенка. В крайнем случае, ребенок может заниматься незаконным зарабатыванием денег, работая в магазине или на каком-либо предприятии, забыв о школе. Еще хуже, он может оказаться вовлеченным в организованную преступность и заниматься сбытом наркотиков или кражами автомобилей. Может быть, он уже стал опытным взломщиком и принимал участие в насильственных преступлениях. На этом этапе он становится объектом внимания полиции, и специалисты в области психического здоровья мало чем могут помочь.

## **Отказ посещать школу, или школьная фобия**

Такие школьники часто не посещают школу в течение длительного времени, но по другим причинам, нежели в случае систематических прогулов. До возникновения серьезной проблемы они часто являются лучшими учениками в классе, и учителя часто считают, что они поступят в университет и сделают хорошую карьеру. Пропуски занятий часто начинаются с какой-либо небольшой болезни, например, с гриппа. И родители, и преподаватели считают это естественным, и ожидают быстрого возвращения к занятиям в школе. Когда проходит уже несколько недель, все взрослые, наконец, понимают, что непосещение школы явля-

ется частью большей проблемы. Семья или школа могут принять решение, что ребенок или подросток должен заниматься дома, и принимают соответствующие организационные меры.

### **Оказание помощи при отказе посещать школу**

В конечном счете, семья может потерять терпение или встревожиться в связи с так называемой «болезнью» и заставить подростка вернуться в школу. Возможно, в основе проблемы лежит бессознательное желание одного из родителей удерживать ребенка дома из боязни одиночества или по причине чрезмерной опеки по мере взросления любимого ребенка. Хотя они желают добра ребенку, но могут поступать непоследовательно, пытаясь утром отправить ребенка в школу, при этом конфронтация может стать горячей. Весьма часто проблема переходит в разряд серьезных, когда, например, ребенок запирается в ванной и, размахивая бритвой, кричит через запертую дверь испуганным родителям, что предпочтет порезать себе вены и совершать самоубийство, чем пойти в школу. Это момент, когда они обращаются за помощью в детскую клинику психического здоровья. При этом реакция клиники должна быть быстрой. Следует провести оценку ребенка и родителей, предпочтительно обоих, составить формулировку диагноза и выработать план лечения. Ребенку следует сказать, что ему помогут вернуться в школу с помощью психотерапии. Индивидуальную психотерапию с ребенком следует начать с ясного утверждения о необходимости возвращения в школу. В ходе терапии следует исследовать страхи ребенка и то, как они развивались. После первых нескольких сеансов вырабатывается план посещения школы вместе с ребенком для встречи с руководителями школы и обсуждения вопроса возвращения в школу. На первых этапах возвращения в школу ребенка может сопровождать терапевт или член бригады клиники. Типичными страхами и сомнениями у ребенка могут быть следующие:

*«Как я объясню мое отсутствие в школе другим детям?»*

*«Что если другие дети будут смеяться надо мной?»*

Воспоминания о конкретных детях, которые издевались или дразнили такого ребенка, могут вызывать у него страх и ужас. Терапевт должен быть готов предложить объяснения и оправдания, которые ребенок может использовать при возвращении в школу, в рамках короткого курса когнитивной терапии (см. Главу 13). Можно назначить легкие средства контроля над выраженными проявлениями тревоги. У детей младшего

возраста с большей вероятностью будет позитивный эффект, чем у подростков.

### **Дети, нарушающие дисциплину**

Тишина и внимание в классе обычно считаются признаком хорошего педагога. Этого можно добиться различными способами, некоторые из которых более приемлемы, чем другие. Для молодых учителей поддержание дисциплины может стать кошмаром. Многие уходят из этой профессии в отчаянии после первого года работы. Хорошим началом может стать выработка в себе навыка наблюдения за классом как группой в целом, искореняя нарушения дисциплины в зародыше, например, посредством выдворения нарушителя дисциплины из класса прежде, чем он завладеет вниманием других детей. Методы поддержания дисциплины следует включить в подготовку учителей. Конечно же, недопустимы телесные наказания и унижение детей как средство контроля. Даже самый опытный преподаватель будет иногда испытывать трудности. В этом случае самой полезной реакцией является поддержка коллеги в трудные моменты. Следует помнить, что педагогу ничто человеческое не чуждо, и он или она также могут переживать трудные времена в своей жизни. См. Главу 12 по модификации поведения, где приводится дальнейшая информация по поддержанию дисциплины в классе.

### **Дети, допускающие издевательства по отношению к другим детям, и дети, над которыми издеваются**

Это форма жестокого обращения с детьми. Время от времени в средствах массовой информации появляются сообщения о том, что какой-то ребенок совершил самоубийство, не найдя в себе силы вынести еще один день издевательств над собой в школе. Olweus (1993) выявил деструктивный эффект издевательств и их причин как в начальной школе (дети в возрасте 7–11 лет), так и в средней школе (11–18 лет). Так или иначе, издевательство присуще школе в целом, и средство избавления от него заключается также в походе к решению этой проблемы на уровне школы в целом. Здесь три уровня

• **На межличностном уровне: хулиган и жертва.** Они отличаются по личностным характеристикам. Издевательствами обычно руководит один из детей или подростков – мальчик или девочка. Такой хулиган организует вокруг себя группу «подпевал», которые будут действовать по его указке. Они выискивают слабых и изолированных учеников, которые становятся объектом издевательств. Они выбирают таких детей, потому что в случае издевательств они не встретят отпора, и потому что жертва

демонстрирует страдание и боль, причиненные ему. Удовольствие растет в ходе придумывания других способов причинения боли и оскорблений. Обычным является использование обидных прозвищ, таких как «лох» или «плакса».

• **На уровне класса** издевательствам подвергается группа учеников. В ходе дня пребывания в школе возникает множество возможностей для издевательств, особенно в раздевалках спортивных залов и в уголках школы, скрытых от глаз учителей – либо учитель потворствует издевательствам.

• **На уровне школы** – социальная и моральная атмосфера всей школы. Она может выражаться в принятии всех детей вне зависимости от роста, форм, расы, религиозной принадлежности или пола; либо в ожидании того, что дети должны быть сильными, в противном случае их ожидают трудные времена. В первом случае все дети могут успешно развиваться и добиваться успехов. Во втором случае создается благоприятная возможность для развлечений хулигана и его друзей. Жестокость распространяется сверху вниз. В школе быстро создается ситуация господства силы, в которую вовлекается и персонал школы. Если учителя не могут контролировать и поддерживать дисциплину, они могут прибегнуть к помощи хулиганов, таким образом повышая их власть и значение. Вскоре формируется злокачественная пирамида страха и запугивания, на вершине которой располагаются хулиганы.

### **Оказание помощи в случаях издевательств (Olweus 1993)**

Это нелегко, если этика запугивания захватила школу. Меры помощи должны начинаться на уровне старшего персонала, включая директора школы. До всех в школе должно дойти послание: «В этой школе нет места издевательствам и запугиванию». С этого момента должна быть объявлена «нулевая толерантность» по отношению к хулиганам. Следует рассмотреть принятие следующих мер.

#### **На школьном уровне.**

• Руководящий состав школы должен провести ряд собраний для обсуждения вопросов запугивания и хулиганства, для ознакомления с литературой по этому вопросу и разработки практических мер по их искоренению и созданию атмосферы без страха в школе.

• Слабыми местами в такой борьбе часто являются время обеда и перемены. При необходимости в такие периоды времени следует усилить контроль.

• Следует организовать встречи родителей и учителей для разъяснения причин принятия таких мер.

• Следует организовать проведение соответствующих тренингов с учителями.

- Следует создать родительские кружки для обсуждения этих вопросов.
- На уровне класса.**
- Школа должна разработать правила поведения в классе, направленные против запугивания и хулиганства.
  - Регулярные классные собрания.
  - В учебном расписании следует выделить время для обсуждения вопросов запугивания и хулиганства.

**Уровень отдельного ученика.**

- Тяжесть запугивания и хулиганства как неправомерного деяния следует подчеркивать при каждом возможном случае.
- Тех родителей, чьи дети издеваются над другими или подвергаются издевательствам, следует вызывать в школу для серьезного разговора.
- В кампанию противодействия издевательствам следует вовлекать других детей в классе.

### **Дети, испытывающие трудности в учебе**

Это относится к очень большой группе детей, проблемы которых можно легко спутать. Одна группа – это дети с легкой умственной отсталостью. Такие дети составляют 2 % детского населения. Огромное большинство из них учатся в обычных школах, и основная проблема состоит в том, чтобы учебная программа была адаптирована для этих детей настолько, насколько это возможно для детей, способных к обучению.

Вторая группа включает в себя детей, имеющих специфические расстройства психологического развития и специфические проблемы обучаемости. Частота таких трудностей может составлять до 10 % школьников с нормальным интеллектом. Мальчики страдают чаще, чем девочки, и расстройству обычно предшествуют нарушения языка и речи. Эти две группы упомянуты в Приложении 1 в данной книге.

Важно различать эти две группы детей, так как проблемы, которые возникают в этих двух группах, отличаются. Детям в первой группе требуется специальное образование по всем предметам, и важно, чтобы к ним не предъявлялись требования по учебному плану, с которым они не могут справиться. Дети со специфическими трудностями обучаемости нуждаются в специальной высококвалифицированной тренировке в тех областях, где они испытывают трудности, например, чтение и арифметика.

### **Резюме Главы 10**

Опыт учебы в школе несет в себе много аспектов для детей и подростков. Некоторые из них связаны с изучением академических предметов, и это является причиной, по которой они идут в школу. Другие при-

чины менее очевидны, например, необходимость научиться справляться с давлением со стороны других детей, с дисциплиной и планированием школьной работы. Все эти факторы и стрессы описаны в данной главе.

### *Дополнительная литература*

1. *Olweus D.* Bullying at school, what we know and what we can do. Oxford : Blackwell, 1993.
2. Интернет: [www.bullying.co.uk](http://www.bullying.co.uk), [www.teachernet.gov.uk/wholeschool/behaviour/tacklingbullying](http://www.teachernet.gov.uk/wholeschool/behaviour/tacklingbullying)

## ГЛАВА 11.

### ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

#### Индивидуальная детская терапия (игровая терапия)

Индивидуальная детская терапия была разработана много лет назад последователем идей Зигмунда Фрейда – Анной Фрейд. Такой вид лечения является длительным и дорогостоящим. В настоящее время на основе проведенных исследований мы знаем, что краткосрочное лечение (до 12 сеансов) приносит не меньшую пользу.

#### Основные принципы

Из множества видов терапии, которые были разработаны в течение последнего столетия, школа клиент-центрированной терапии является особенно привлекательной, потому что она была связана с крупной программой научных исследований. Ведущей фигурой в разработке этого вида терапии был Карл Роджерс, который много писал и, в частности, опубликовал книгу «Клиент-центрированная терапия» (1951).

Философской основой его терапии является утверждение, что сеанс является встречей двух человек, один из которых имеет какую-то проблему. Эта концепция значительно отличается от традиционной схемы «врач – пациент», где пациент (особенно если это ребенок) стоит ниже по положению. Отношение, где один нуждается в помощи, а другой помогает, в терапии Роджерса теряет свою значимость. При этом лучше, если оценка выполняется другим членом бригады, чтобы терапевт затем мог встретиться с ребенком как с личностью, а не как с человеком, у которого есть какая-то проблема, и, конечно же, не как с «пациентом». Это позволяет ребенку изложить свою историю своими словами. Ключевым моментом здесь является ясное и открытое общение между двумя людьми, которые взаимно уважают друг друга. По мнению некоторых исследователей, главным терапевтическим вкладом в психодинамической терапии является то, что она позволяет раскрыть свои страхи и конфликты другому человеку.

С научной точки зрения Роджерс и его коллеги более известны своим вниманием к качествам психотерапевта, нежели к видам терапии. Большая часть их наиболее известных работ были выполнены в 1960-х годах, когда они проанализировали аудиозаписи сеансов терапии. На основе своей работы они сделали вывод, что существуют определенные установки и формы поведения терапевта во время сеансов терапии, которые обеспечивают прогресс в состоянии пациентов. Как уже говорилось



выше, исследование показало, что наиболее постоянными характеристиками успешно работающих терапевтов были, прежде всего, искренняя сердечность и заботливое отношение к пациенту. Легко любить того, кто делает успехи и относится хорошо к вам, но не так легко любить тех, кто переживает трудности, обескуражен, раздражителен и вызывает в вас чувство гнева. Успешно работающий терапевт должен уважать пациента, каким бы трудным тот ни был в терапии.

Вирджиния Акслин (1947) применила принципы Роджерса в работе с детьми с использованием игровой терапии.

Она утверждает, что терапевт должен понять ребенка и общаться с ним. Терапевт может добиться успеха, не задавая вопросы, а наблюдая за ребенком во время игры и комментируя ее таким образом, чтобы комментарии отражали чувства ребенка по мере их переживания. Именно здесь приобретают значимость три принципа Роджерса: сердечность, искренность и положительное отношение. При работе с маленькими детьми большую помощь могут оказать игрушки, причем те, которые стимулируют воображение ребенка, например:

- Пластилин
- Краски
- Фломастеры или карандаши (обязательно)
- Бумага (обязательно)
- Кукольный домик с фигурками семьи
- Паровозы
- Игрушечные солдатики
- Игрушечные автомобили

Когда ребенок входит в кабинет, следует тепло поприветствовать его и пригласить поиграть с игрушками, объяснив, что на сеансах вы будете играть и обсуждать разные вещи, и он может говорить все, что захочет. Вы можете сказать: «Вот игрушки, с которыми ты можешь поиграть».

Если ребенок встревожен, он не будет играть. Вы можете мягко поговорить с ребенком и снова пригласить его поиграть с игрушками. Очень немногие дети отказываются такой возможности.

Итак, ребенок начинает играть. Он может робко осмотреть игрушки или может быстро и хаотично переходить от одного вида деятельности к другому. Даже просто наблюдая, вы сразу же можете выяснить очень много о характере ребенка. Разговорчивый или молчаливый? Вовлекает ли терапевта в игру? По характеру игры и рисунков можно ли оценить его уровень развития? Такие объективные наблюдения полезны, однако ваша главная цель – войти в субъективный мир страхов, надежд и чувств ребенка, а не оценить его «снаружи».

По мере развития игры терапевт может начать комментировать для ребенка то, что происходит, при этом всегда позволяя ребенку лидировать. В это же время врач, наблюдая за игрой ребенка, начинает понимать некоторые из его личных проблем. Это вряд ли удастся, если терапевт

будет нетерпелив, если он будет подталкивать ребенка к тому, чтобы он раскрыл свои проблемы. Маленькому клиенту следует дать время при-  
выкнуть, почувствовать доверие к врачу. Вот один из примеров.

#### **«Наказание» за нелюбовь**

Девочка Лена, 6 лет, была избита своим отчимом. Мать воспитывала ее одна, и этот мужчина вошел в семью незадолго до инцидента. Маленькая девочка, как и любой ребенок, не решалась выразить свои чувства к этому человеку, но его потребность в том, чтобы его любили и принимали, была такой, что он не смог выдержать ее нерешительности в проявлении теплоты к нему. Ему хотелось, чтобы девочка приняла его немедленно, и сердился, когда она уклонялась от него. Это, конечно же, усугубляло проблему, и однажды мужчина пришел в ярость и напал на ребенка.

Власти возбудили дело о насилии над ребенком (см. главу, посвященную насилию по отношению к детям в Части 4), и случай был доведен до суда. Было принято решение, что за ребенком следует понаблюдать дома при проведении поддерживающей игровой терапии. Началась игровая терапия, были установлены хорошие терапевтические отношения, и ходе терапии стало очевидно, что сама девочка нуждалась в любви и понимании, которые ее мать в одиночку не была способна дать ей. Семья жила в той части страны, где был очень популярен футбол, и девочка любила рисовать футбольных игроков. Она рисовала сцену из футбола каждую неделю, и это давало возможность вести длительные беседы о футболе. Сцены, которые она рисовала, были веселыми, а игроки носили яркие цветные одежды. Сам мяч был ярко раскрашен. Социальный работник, который наблюдал за семьей, был полон оптимизма в результате посещения семьи и разговоров с матерью о ходе терапии. Но однажды девочку привели в клинику довольно поздно. Сцена футбола изменилась. Вместо солнца в футбольной картинке доминировал черный дождь. Мяча не было, и девочка была явно подавленной. Терапия не подразумевает возможности задавать вопросы о том, все ли хорошо у ребенка. Ребенок сам решает, поделиться тем, что его волнует или нет. Однако важно, чтобы терапевт понимал чувства ребенка по характеру игры и беседы и переводил их на язык слов для ребенка. Психотерапевт также обязан превыше всего ставить безопасность ребенка.

К сожалению, насилие повторилось вновь, и черный рисунок с изображением футбольной сцены была первым свидетельством этого. К счастью, когда матери рассказали об этом, она нашла в себе силы настоять на том, чтобы этот человек покинул семью.

Вирджиния Акслин разработала восемь принципов работы терапевта, занимающегося клиент-центрированной терапией. Эти принципы выглядят простыми, но для проведения такой терапии необходимы значительные умения и навыки, супервизия и практика.

*Таблица 11.1*

<b>Восемь принципов ВИРДЖИНИИ АКСЛИН</b>
1. Терапевт должен сформировать теплые, дружеские отношения с ребенком, в которых быстро возникает симпатия.
2. Терапевт принимает ребенка таким, каков он есть.
3. Терапевт устанавливает атмосферу дозволенности в отношениях, чтобы ребенок имел полную свободу выражения своих чувств.
4. Терапевт всегда чуток к чувствам, выражаемым ребенком, и отражает его чувства таким образом, чтобы ребенок постепенно пришел к самопониманию.
5. Терапевт глубоко уважает способность ребенка решить свои проблемы, если ему дадут возможность сделать это. Ответственность за выбор и осуществление изменений лежит на самом ребенке.
6. Терапевт никоим образом не пытается направлять действия или беседу ребенка. Ребенок ведет вперед, а терапевт следует за ним.
7. Терапевт не пытается ускорить процесс. Это постепенный процесс, и терапевт понимает это.
8. Терапевт устанавливает только те пределы, которые необходимы для того, чтобы привязать терапию к реальному миру и помочь ребенку осознать свою ответственность в данной системе отношений.

Последний из этих принципов, возможно, наиболее труден для усвоения. Часто игра становится немного бесконтрольной и неуправляемой. Если это происходит, врач должен восстановить контроль. Врач не может позволить нападать на себя или допустить порчу помещения или мебели. Ребенок должен оставаться в помещении весь сеанс. Лучший способ восстановить контроль – это, например, сказать: «Мы здесь ничего не ломаем. Я понимаю, что ты сердисься или волнуешься, но в этой комнате мы разговариваем и играем, а не ломаем».

Обычно одновременно полезно работать и с родителями, и это может сделать другой член бригады, оказывая им поддержку и выслушивая их проблемы.

Игровая терапия может быть очень полезной для работы с детьми, которые проживают в детском доме или в приемной семье, или чье будущее не ясно. Лена – хороший пример такой ситуации. Однако игровая

терапия может помочь и другим детям, которые испытывают расстройство привязанности либо страдают тревогой или депрессией.

Основным моментом игровой терапии являются отношения между терапевтом и ребенком. В своей жизни эти дети, возможно, постоянно сталкивались с ненадежностью взрослых. В сеансе терапии ребенок имеет возможность почувствовать, что его чувства понимают, и что он находится в безопасности.

### **Свидетельства эффективности**

Игровая терапия может привести к отличным результатам, если она поможет ребенку почувствовать, что его приняли и поняли. Она доказала свою высокую эффективность при групповой форме лечения различных эмоциональных и поведенческих проблем в ходе масштабной клинической проверки, проведенной в школах Англии (Kolvin, Garside, Nicol, Macmillan, Wolstenholme and Leitch 1982). Что касается взрослых, как показали уже первые исследования, такие терапевтические качества как теплота, эмпатия и позитивное отношение ассоциируются с положительными результатами в психологическом консультировании.

### **Сказкотерапия**

Этот подход не имеет распространения в Британии, но с учетом того, что Россия богата сказками и баснями, представляется важным представить этот метод в данной книге. Он широко используется как при индивидуальной, так и при групповой работе с детьми, страдающими психическими расстройствами, и при должной научной оценке может занять свое место в арсенале других методов.

Большинство описаний, с которыми познакомился автор, имели форму аллегорий, связанных с народными сказками. История и формулировка проблемы ребенка может дать терапевту возможность понять, какие чувства ребенок испытывает на глубинном уровне. Ребенок может по какой-либо причине чувствовать гнев или переживать печаль в связи с потерей любимого человека (например, в связи со смертью бабушки или дедушки). Терапия может принимать форму игрового обмена сказками или форму психодрамы. У квалифицированного психотерапевта весь сеанс тщательно организован, и вся комната для психотерапии может быть превращена в сцену, на которой дети могут воображать себя кем угодно, что высоко ценится ими. Особенно успешно этот метод может применяться для групповой работы.

Автор мало знаком с этим методом, поскольку он мало используется в Британии. Россия – идеальное место для развития этого подхода.

## **Свидетельства эффективности**

Насколько нам известно, этот вид психотерапии не изучался и не оценивался, поэтому, будучи практически полезным и интересным, он требует проведения соответствующей работы.

### **Межличностная психотерапия для подростков с депрессивными состояниями**

Этот подход в стилевом плане резко контрастирует с клиент-центрированной терапией, хотя имеются некоторые моменты сходства. В его основе лежит исходный принцип, согласно которому депрессия в определенной мере обусловлена отсутствием отношений поддержки и близости в жизни человека. Эта теория получила подтверждение в научных исследованиях. Цель терапии состоит в том, чтобы помочь пациенту улучшить качество его межличностных отношений. Так как это чрезвычайно чувствительная, глубоко личная область, многие из проблем, связанных с формированием и поддержанием отношений, спрятаны очень глубоко. Необходимы хорошие психотерапевтические навыки и умения для того, чтобы расчистить все препятствия и комплексы на пути к формированию более удовлетворительных и более глубоких личных отношений пациента с другими людьми.

### **Оценка**

Для терапевта, занимающегося межличностными отношениями, чрезвычайно важен точный диагноз. На оценку здесь тратится очень много времени. В отличие от клиент-центрированного подхода связь между терапевтом и пациентом здесь структурируется терапевтом в высокой степени. На первой стадии терапии предпринимается детальная оценка психического состояния подростка в соответствии со всеми осями МКБ-10. С пациентом обсуждаются результаты оценки и ясно описываются все выводы из диагноза депрессии. Подростку говорится, что он болен, и именно эта болезнь вызывает у него такие чувства. До некоторой степени пациенту разрешается принять на себя «роль больного». Этот социологический термин означает, что от пациента ожидают меньшего, чем можно было бы ожидать от него в нормальной жизни, но при этом от него ожидают, что он будет стремиться выздороветь. Подростка стимулируют к тому, чтобы он делал все, с чем он может справиться, например, продолжал ходить в школу, хотя ему можно снизить объем домашних заданий на некоторое время. На следующей стадии терапии исследуется возможность связи между депрессией и какими-то факто-

рами или событиями в жизни подростка. Выполняется систематическое исследование отношений с членами семьи, друзьями, школой и т. д., при этом внимание сосредоточивается на сугубо практических деталях. Как часто и при каких условиях пациент встречается с другими людьми? Чем они занимаются вместе? Какими подробностями и тайнами они делятся? Возникают ли у них споры, и как пациент выражает свой гнев, когда у него возникает конфликт с близкими? Какие изменения хотел бы видеть пациент в своих отношениях с друзьями и любимыми? Какие изменения произошли в последнее время в жизни пациента, и что пациент чувствует в отношении этих изменений?

## Терапия

В ходе следующего шага терапевт предлагает, а затем обсуждает возможные связи между важными для подростка личными отношениями и депрессией. Таким образом, врач надеется прийти к согласию о том, что между неадекватными, разрушенными или изменившимися отношениями и депрессией имеется связь. На этом этапе заключается «договор» на проведение ряда сеансов (примерно 12), и оговаривается, как эти сеансы будут использоваться. Тема сеансов, как правило, ограничивается тем, что было согласовано в договоре. Темы личных отношений могут касаться печали или потери любимого человека, возникшей напряженности в отношениях или изоляции, которую пациент хотел бы преодолеть и наладить личные отношения, но по некоторым причинам не может сделать этого. В переходный период у подростков часто возникают типичные для этого возраста боли и тревоги, касающиеся межличностных отношений.

Важность завершения терапии очень часто выпускается из виду неопытными или плохо подготовленными терапевтами. Обычно молодой терапевт, проявляя определенную скромность по отношению к себе, недооценивает степень зависимости или привязанности, которая сформировалась у пациента по отношению к нему. В некоторых случаях терапевт пугается сильных чувств, которые возникают между ним и пациентом. В худшем случае врач впадает в панику и резко разрывает отношения с пациентом. Одним из преимуществ краткой структурированной терапии является то, что такая зависимость сводится к минимуму, а эффективность терапии в плане улучшения качества жизни пациента и его отношений с окружением является максимальной. В межличностной психотерапии уже в самом начале оговаривается, что терапия будет краткой и структурированной. Затем молодому пациенту напоминают о приближающемся окончании серии сеансов примерно во время десятого сеанса из двенадцати. Зачастую этот момент времени удобен для того, чтобы начать разговор о чувствах, которые возникают при расставании,

хотя подростки часто отрицают возникновение у них каких-либо чувств привязанности.

Ниже приводится пример того, как можно применять терапию межличностных отношений в работе с подростками.

### *Без друзей в школе*

Марина, 14 лет. Ее семья пережила многое из-за болезни старшей сестры 17 лет, которой в возрасте 13 лет был поставлен диагноз шизофрении без надежд на выздоровление. Эта ужасная болезнь сильно расстроила родителей, их брак оказался под угрозой в связи с возникшей у матери депрессии, которая полностью вывела ее из строя. Марина всегда была одна; у нее было мало друзей, но она пошла в школу и имела среднюю успеваемость по школьным предметам. В период до направления в клинику Марина стала еще более нелюдимой, чем прежде. Она не только избегала других детей в школе, но и чрезвычайно неохотно ходила на прием к врачам, что и понятно с учетом заболевания ее сестры. Однако она охотно разговаривала со школьной медсестрой, которая была добрым, спокойным человеком. Медсестре удалось убедить Марину посетить психиатра, и встреча с ним была назначена в школе. Марина отвечала на вопросы психиатра односложно и сказала, что не видит будущего для себя и не получает радости от жизни. У нее не возникало серьезных суицидальных намерений, но она хотела, чтобы ее оставили одну. С неохотой, но все же она согласилась посещать сеансы в школе, но не хотела, чтобы ее родители знали об этом. С учетом тяжести ситуации медсестра и психиатр согласились на это, уведомив об этом директора школы. В качестве основной проблемы была выдвинута угнетенность из-за беды в семье, усиленная взрослением Марины и осознанием отсутствия друзей и изоляции.

В середине курса терапии пациентка нуждалась в интенсивном руководстве со стороны терапевта. Ставились еженедельные задачи, в рамках которых Марина должна была показать прогресс в установлении дружеских отношений с другими школьниками, а позднее с родителями. Приготовление пищи для родителей было первым признаком получения реального удовольствия от жизни за долгое время, и постепенно у нее начали появляться знакомые и друзья. Марина казалась безразличной к завершению терапии, но продолжала работу по развитию отношений, которая была начата в ходе терапии. Она осталась довольно изолированной девушкой, но проявления депрессии значительно снизились.

Рассмотренные в этой главе два примера психотерапии в русле психодинамической традиции демонстрируют много отличий. Однако в обоих примерах терапия ограничена по времени, и в ней главное место отводится общению, обсуждению и формированию решимости. В обоих видах терапии терапевтическим отношениям, которые используются в некоторой степени для того, чтобы усилить эффект лечения, придается важное значение. В обоих случаях терапия является краткосрочной.

## Свидетельства эффективности

Существуют хорошие доказательства эффективности межличностной терапии при лечении депрессии у взрослых (см. например, Elkin 1994). В отношении детей этот вид терапии также показал свою эффективность в рамках одного исследования (Mufson et al. 1999).

### *Резюме Главы II*

Психодинамическая психотерапия – это наиболее широко распространенный вид психотерапии. Она практикуется во многих формах, некоторые из которых очень сложны и требуют длительного времени лечения. В данной главе описаны три метода, которые являются относительно простыми и реализуются в рамках краткосрочного курса лечения.

### *Дополнительная литература*

1. *Axline V.* Play Therapy. London : Churchill Livingstone, 1989.
2. *Rogers C.* Client-Centered Therapy. Boston : Houghton Mifflin, 1951.
3. *Mufson L., Weissman M. M., Moreau D. and Garfinkel R.* Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Archives of General Psychiatry 56. 1999. P. 573–579.
4. *Kolvin I., Garside R., Nicol A.R., Macmillan A., Wolstenholme F. and Leitch I.* Help Starts Here. Tavistock, London, 1982.



## ГЛАВА 12.

### ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

#### Три вида научения, используемые в клинической практике

Поведенческие терапевты (бихевиотерапевты) подчеркивают, что их методы основаны на экспериментальной психологии познавательных процессов. В частности, используются три вида научения, а именно.

**1. Классическое обусловливание** основано на лабораторных работах И. П. Павлова в Санкт-Петербурге. Здесь научение происходит через установление ассоциации между событиями. Когда биологическая последовательность стимул-реакция, например, «пища-слюнотечение», сопровождается каким-либо нейтральным стимулом, например звонком, такой нейтральный стимул (в данном случае звонок) включается в связь с биологической реакцией – звонок как стимул начинает вызывать слюнотечение. Таким образом, звонок становится условным стимулом. В детской психотерапии этот метод применяется для лечения тревожных состояний и фобий – см. примеры ниже в разделе об интернализирующих расстройствах.

**2. Оперантное научение – научение на основе инструментально-го условного рефлекса.**

Это чрезвычайно важный процесс научения, широко используемый в поведенческой терапии детей. Его кратко и емко можно описать фразой: «Изменение поведения определяется последствиями».

Этот процесс научения можно эффективно объяснить с помощью простого примера из школьной жизни. Семилетний ребенок находится на уроке математики. Ему не нравится математика, которую он находит трудной. У него слабо выраженный гиперкинетический синдром, и ему трудно концентрироваться на чем-либо неприятном. Он встает с места и начинает ходить по классу, мешая другим. Учитель кричит на него и приказывает ему вернуться за парту. Одна из учениц – миловидная девочка, которая ему нравится, – хихикает. И для учителя, и для других детей, для которых этот урок интересен, его нормальное течение уже нарушено. Воцаряется хаос, в котором психологу, наблюдающему за уроком, будет трудно разобраться, почему же все пошло не так. В терапии детей этот метод используется для коррекции непослушания на уроках, ведущего в конечном итоге к экстернализирующему расстройству.

**3. Обучение через наблюдение.**

Если бы научение детей в целом опиралось только на описанные выше в пунктах 1 и 2 процессы, им потребовалось бы очень долгое время для того, чтобы научиться чему-либо. На самом деле, с момента рождения дети обладают огромными способностями к наблюдению и подра-

жанию. Наблюдая, они видят, какое поведение вознаграждается, а какое влечет за собой наказание или игнорируется. Результативность процесса научения зависит от того, как он организован для ребенка. Вовлечение в деятельность, организованную уважаемым и любимым человеком – сверстником или учителем, в котором ребенок играет активную роль наряду с умелым человеком (говоря техническим языком, включенное подражание привлекательной ролевой модели) намного более эффективно, чем при выполнении роли модели тем, кто не нравится. Например, участие в постановке пьесы или съемке видеофильма под руководством известного режиссера окажет гораздо большее влияние на научение детей, чем простой просмотр фильма и телевизионной программы, сделанной в Голливуде. Эти принципы можно очень эффективно использовать для групповой работы, например, с детьми, испытывающими проблемы с поиском друзей и сохранением дружбы. Терапевт может создавать воображаемые ситуации, в которых дети будут играть определенные роли и видеть результаты. Затем ролевые игры обсуждаются с показом альтернативных путей. Это ведет нас к вопросу тренинга социальных навыков и когнитивно-поведенческой терапии, которая подробнее представлена в Главе 13. Ролевая игра также может использоваться с большой пользой в групповых видах терапии, в частности в социодраме.

### Экстернализирующее поведение и расстройства

Настал момент, когда необходимо представить модель antecedents, поведения и последствий (ABC). Она проиллюстрирована в Таблице 12.1.

*Таблица 12.1*

<b>Оценка ABC– гипотеза об antecedents, поведении и последствиях</b>
<b>А</b> – означает antecedents – предшествующие события. Мы задаем вопрос: «Что имело место до начала нежелательного поведения? Какова временная связь между этими двумя явлениями? Насколько близко отстоят antecedentное событие и нежелательное поведение? А нет ли какого-либо механизма, который связал эти два события?»
<b>В</b> – означает «поведение» (behaviour). Тщательно опишите поведение. Не следует говорить: «Ребенок плохо ведет себя»; следует формулировать конкретнее: «Ребенок встал со своего места и начал ходить по классу». Это поможет более наглядно выявить связь между antecedents, поведением и следствиями.

**С** – означает «последствия» (consequences). Другими словами, к чему приводит такое поведение ребенка? Вполне вероятно, что каковы бы ни были последствия, они в некоторой мере являются поощрением для ребенка. Например, мать кормит младшего брата. Трехлетний ребенок играет в другом углу комнаты. Вдруг он начинает играть с вилкой электроприбора. Мать боится, что его может ударить током, и ее внимание отвлекается от младшего брата. Что это – случайность или преднамеренное действие? Это не имеет особого значения до тех пор, пока действие не начинает повторяться 5 раз в день, когда можно обоснованно предположить, что игра с электрическими приборами является способом отвлечь внимание матери от другого ребенка.

Мы можем использовать случай, иллюстрирующий оперантное научение, продолжив историю, чтобы показать весь процесс. В нем присутствуют три шага:

**Антецедент** – чувство уныния и унижения у мальчика в связи с тем, что он не способен выполнить задание по математике.

**Поведение** – выход из-за парты и хождение по классу в нарушение школьных правил.

**Последствие** – он вознагражден двумя путями: сначала со стороны привлекательной девочки, которая демонстрирует свое одобрение и восхищение, во-вторых, срыв урока, означающий возможность уклониться от выполнения ненавистного и унижающего упражнения по математике.

Правило, лежащее в основе оперантного обусловливания, гласит, что награда за действие (или приятное последствие) повышает вероятность повторения данного поведения. Действие вставания с места и срыва урока *подкрепляется*. В следующий раз во время урока его таким образом подкрепленное деструктивное поведение, скорее всего, повторится с большей силой. Что может сделать учитель? Влияние поощрения можно снизить, например, заставив мальчика выполнять задание в кабинете завуча, но у завуча нет времени заниматься с мальчиком долго, и это так или иначе показывает слабость учителя.

Вмешательство можно суммировать в виде следующего вопроса: «Как нам вознаградить мальчика за правильное поведение, т. е. за посещение уроков и изучение математики, а не за нежелательное поведение, т. е. нарушение дисциплины в классе?»

Во-первых, очень важно понять, соответствует ли задание по математике силам мальчика? Ответ на этот вопрос должно дать тестирование. Предположим, математика дается ему с трудом. Второй вопрос – как вознаграждается нежелательное поведение, выражающееся в том, что он встает и ходит по классу? Ответ на этот вопрос в данном упрощенном гипотетическом случае представляется простым, но на практике часто все обстоит гораздо сложнее, и для анализа причин отклоняющегося

поведения в каждом конкретном случае требуются детальные наблюдения. Может быть, он встает, когда учитель занят с каким-то другим учеником. Предположим, что в половине случаев, когда мальчик встает с места, девочка, которая ему так нравится, хихикает. Таким образом, это является сильным стимулом для продолжения такого поведения. Кроме того, это случается чаще, когда преподаватель занят, и поэтому вероятность наказания меньше. Педагогу – молодому учителю, недавней выпускнице – трудно контролировать этого ученика, она терпеть не может его выходок, и у нее вызывает ужас мысль о том, что ей опять придется столкнуться с ним на уроке в этом классе. Со временем она становится все более и более деморализованной. Мы уже упоминали несколько факторов, связанных с отклоняющимся поведением, а именно:

1. Мальчик несколько гиперактивен. Вероятно, способность к внутреннему контролю поведения снижена.
2. Его способность работать на уровне класса была подвергнута сомнению.
3. Вполне вероятно, учитель не питает к нему особой симпатии и легко теряет терпение в ответ на его поведение. Она неопытна и испытывает стресс.
4. Любой из этих факторов и многие другие вносят свой вклад в проблему. После сбора и анализа дополнительной информации, большая часть которой уже тщательно зафиксирована в истории развития ребенка, после беседы с семьей терапевт разрабатывает гипотезу о факторах, которые подпитывают нежелательное поведение мальчика, об изменениях, которые могут обеспечить улучшение. Такой вид анализа называется **функциональным**.

Для проведения функционального анализа необходимо, как правило, иметь данные наблюдения за тем, что на самом деле происходит дома или в школе. На Рисунке 12.1 приводится пример одного из таких методов обобщения.

**Рис. 12.1.** Опишите фиксируемое поведение

Дата и время	Что случилось до этого?	Что сделал ваш ребенок?	Что случилось после этого?	Что Вы ощутили в связи с этим?

Лечение планируется на основе такого функционального анализа. Это можно проиллюстрировать на нескольких примерах.

Большую пользу могут принести поддержка и уважение к трудной работе учителя. Терапевт может заключить союз с учителем и поддержать ее в стремлении справиться с мальчиком. Педагог может пересадить мальчика ближе к своему столу (возможно, она уже сделала это). Продолжая контролировать поведение мальчика, учитель должна найти способ сделать уроки математики более интересными для него. Можно, например, хвалить его или отмечать успехи по математике в дневнике ребенка. Важно поощрять мальчика за его усилия, а не за результаты, которые, не будучи особенно хорошими, являются все же более высокими, чем прежде. Вся эта работа должна проводиться как можно незаметнее, а результаты должны оцениваться по снижению числа случаев нарушения дисциплины в классе. Как показали исследования, несмотря на трудности, при наличии соответствующих возможностей для проведения такой работы модификация поведения в школе может оказаться весьма успешной. В эту работу полезно вовлекать и родителей, но там, где это возможно, так как родители могут непреднамеренно усугубить ситуацию. Например, один из родителей, имея негативный опыт учебы в школе, может свести на нет все усилия учителя, заняв сторону ребенка. Правильно построенная встреча с родителями поможет им увидеть, как они могут помочь улучшить поведение ребенка в школе. При этом необходима твердая уверенность, что родители не будут прибегать к карательным мерам. Все успехи ребенка отмечаются в дневнике, при этом с родителями можно договориться, чтобы они хвалили ребенка за успехи в школе.

В последние годы концепции, лежащие в основе оперантного обусловливания, играют растущую роль в составе лечебных комплексов, направленных на восстановление нарушенных отношений между родителями и детьми. Эта проблема уже упоминалась выше в Главе 1, где было описано «сражение» между матерью и ребенком. В том примере мальчик вел себя плохо не для того, чтобы добиться чего-то желаемого. Он «контратаковал», чтобы мать отступила и перестала оскорблять его. Другими словами, он пытался избежать наказания, и наградой для него были случаи, когда ему это удавалось. Это называется **отрицательным подкреплением** (см. определение ниже). Как и в случае с поведением мальчика в классе, существенным моментом терапии здесь является кропотливый сбор данных, документирование форм и количества случаев борьбы между родителем и ребенком с криками, шлепками, оскорблениями и т. д. Существуют стандартизированные методики проведения такой оценки, но их применение требует подготовки. К таким методикам относится поведенческий тренинг родителей (Behavioural Parent Training), который опирается на оперантное обусловливание и научение через наблюдение. Эта методика описывается ниже.

Эти три принципа обучения, т. е. классическое обусловливание, оперантное обусловливание и научение через наблюдение предоставляют широчайшие возможности в психотерапии. Все эти различные приемы могут группироваться различным образом, позволяя предлагать индивидуально подобранные программы помощи с учетом сложности проблем семьи и ребенка.

Очень важно понять, почему психотерапевту, занимающемуся коррекцией поведения, необходимо тратить столько усилий на проведение оценки, так как прежде чем проводить терапию, необходимо провести полную оценку по схеме ABC и выполнить весь необходимый объем тестирования.

Слишком часто специалисты не проводят такую оценку должным образом. Это является весьма распространенной причиной в случаях, когда лечение не помогает.

Тогда и только тогда, когда оценка выполнена должным образом, можно разрабатывать программу лечения. Эта программа может быть нацелена на изменение antecedента, который «подпитывает» проблему. Например, мать, имеющая трехлетнего ребенка, может вовлечь его в дело кормления новорожденного братика, спрашивая у него «совета» по ходу дела и поощряя за ответ, хотя, конечно же, полученный совет может быть весьма далеким от зрелости!

## Награда и подкрепление

В данном разделе иллюстрируется то множество последствий, которые могут наступить и внести свой вклад в нежелательное поведение, или которыми можно управлять, чтобы обеспечить изменение поведения.

Изменение привычного поведения, будь то ребенка или взрослого, дело очень трудное и зачастую неприятное. Поэтому для мотивации к изменению необходимо положительное подкрепление. Очень важно, чтобы подкрепление было непосредственно привязано по времени к желаемому изменению поведения. Не имеет смысла просить ребенка что-то изменить в понедельник за вознаграждение, которое он получит только в следующее воскресенье – даже если он будет помнить об обещании, он не будет связывать эти два события между собой. Поощрение может иметь различные формы:

- **Социальное поощрение.** Это может быть похвала или ласка за желательное поведение. Важно, чтобы оно следовало за хорошим поведением, а не за плохим.

- **Материальное поощрение.** Это может быть маленький подарок, например, игрушка или канцелярские товары (стикеры, скрепки). Это может быть возможность посмотреть телевизор или поиграть на компьютере (если это не рутинное занятие, а удовольствие) в течение уста-

новленного отрезка времени. Важно, чтобы ребенок мог получить материальную награду только за желаемые действия в рамках программы лечения. Награда или подарок не должны быть теми же самыми, что и используемые в другое время, т. е. вне программы лечения. Родители не должны использовать их в ответ на капризы или эмоциональный шантаж и выпрашивание.

- **Жетоны.** Часто невозможно дать материальную награду в нужное время сразу же после демонстрации желательного поведения. Например, ребенка можно поощрить за то, что он не вставал с места в классе, возможностью посмотреть вечером любимую ТВ программу. Эти два действия можно связать вместе при помощи фишек. Это могут быть звезды, наклеиваемые в дневник, которые подсчитываются в конце дня. Например, три звезды дают возможность посмотреть ТВ и поиграть на компьютере. Эта методика очень широко используется для того, чтобы облегчить выполнение программы лечения.

Поощрения можно давать разнообразными способами.

- **Положительное поощрение.** Это самый простой тип, который, как было только что упомянуто, должен следовать сразу за поведенческим действием.

- **Затухание.** Невозможно давать поощрения ребенку всю оставшуюся жизнь, и по мере лечения необходимо постепенно снижать долю той «искусственной» жизни, которую ведет ребенок, и помочь ему вернуться к нормальной жизни, которую ведем мы все, в которой вознаграждения за наши действия достаются нам нормальным образом. Один из методов – сохранять систему поощрений, но постепенно уменьшать частоту поощрения или размер награды. Это называется «затуханием».

- **Отрицательное подкрепление.** Награда может быть положительным стимулом, как описано выше, или же она может представлять собой снижение действия неприятного стимула. Прекращение действия отрицательного стимула называется отрицательным подкреплением. Отрицательное подкрепление очень часто бывает причиной нарушений поведения. Например, ребенок ненавидит урок математики. С точки зрения ребенка, желающего избежать «наказания» в виде присутствия на уроке, что может быть лучше, чем сорвать урок, чтобы никто не учил математику?

- **Экстинкция.** Этим термином обозначается методика, согласно которой терапевт просто организует все так, чтобы подкрепление нежелательного поведения, обеспечиваемое естественным окружением, исчезло. Например, в большой семье дети часто получают больше внимания непослушанием, чем хорошим поведением. Игнорирование плохого поведения ребенка и похвала, когда он делает что-то полезное, могут обеспечить улучшение их поведения, но родителю, испытывающему постоянный стресс, это бывает трудно делать систематически. Кроме того, нежелательное поведение может слишком глубоко укорениться в

ребенке. В этом случае более эффективными могут оказаться материальное поощрение или «цена поведения» (см. ниже).

- **«Тайм-аут».** Этот прием часто применяется в работе с детьми младшего возраста в рамках реализации простых программ на дому. Он может использоваться в случаях приступов истерики, оппозиционно-вызывающего поведения и гиперактивности. Суть его состоит в том, что ребенок лишается контакта с другими людьми, от которых исходит подкрепление таких нежелательных форм поведения как неповиновение, гиперактивность или истерика. Возьмем в качестве примера истероформные приступы. Четырехлетний ребенок (или ребенок любого возраста или даже взрослый, если он в значительной мере дезадаптирован) впадает в истерику. Все внимание сосредоточено на нем, и возникает опасение в отношении того, что может произойти. Проявления истероформной вспышки нарастают и подкрепляются вниманием зрителей. В этом случае можно изолировать ребенка (или подростка) от ситуации, в которой внимание к нему подкрепляет его поведение. Его можно попросить уйти или просто унести, например, в спальню. Удаление в другую комнату не должно длиться слишком долго. Несколько минут будет достаточно, если «тайм-аут» действительно работает в данном случае.

В этой процедуре имеется большая опасность. Когда ребенок ведет себя плохо, взрослые сердятся и поддаются искушению наказать ребенка жестоким образом. Обычным наказанием является изоляция в течение длительного времени. Это уже не «тайм-аут». В Британии имели место серьезные примеры того, что можно назвать жестоким наказанием, когда, например, ребенок изолировался в холодном месте на многие часы без еды. Это пример жестокого обращения с ребенком, а не психологическая помощь и, конечно же, не «тайм-аут».

- **«Цена поведения».** Это очень полезная «отрицательная» методика, которая уже упоминалась выше. Ребенку дают набор жетонов (например, в форме маленьких фишек). Их можно дать в начале сеанса терапии или урока, если цель состоит в том, чтобы улучшить поведение в классе. Фишки изымаются в случае нежелательного поведения, например, если ученик встает с места или кричит в классе. Здесь еще раз следует обратить внимание на то, что корректируемое поведение должно быть очень тщательно определено. В конце сеанса у ребенка остаются фишки – много, если он вел себя хорошо, и мало, если плохо. На оставшиеся фишки он может «купить» себе игрушки или льготы.

- **Контроль стимулов.** Поведенческая психология основана на том положении, что реакция следует за стимулом. Если реакция нежелательна, можно изменить стимул. Например, нежелательное поведение ребенка может быть следствием того, что он учится в очень беспокойном и расторможенном классе. Если перевести этого ребенка в хороший класс или пересадить его подальше от плохо влияющего на него друга, его поведение может улучшиться.



Выше приведены только несколько примеров из того множества методов, которые могут использоваться для коррекции расстройств поведения. Другие примеры можно найти в учебниках и книгах специалистов по поведенческой терапии.

### **Свидетельства эффективности**

В настоящее время насчитывается буквально тысячи вариантов практического применения поведенческой терапии. Многие из расстройств, описываемых в Части 4 настоящей книги, основаны на принципах рефлексорного обусловливания поведения. В ряде недавних обзоров было установлено (и это утверждают многие), что методы поведенческой терапии являются более эффективными, чем другие не-поведенческие методы, хотя этот вопрос все еще широко дискутируется (Weiss and Weiss 1989).

### **Поведенческий тренинг родителей**

В разделе выше мы представили простое описание некоторых методов, которые могут использоваться для влияния на поведение и привели один относительно простой практический прием. В практической работе терапевт сталкивается с более сложными случаями, и он может использовать несколько методов одновременно в виде «пакета», чтобы расширить возможности лечения. Такие «пакеты» могут опираться на глубокое понимание отношений в семье и формируются на основе функционального анализа причин возникновения и закрепления нежелательного поведения. Особенно успешно применяется хорошо исследованный метод «поведенческий тренинг родителей» («Behavioural Parent Training») (Callias 1994; Webster, Stratton and Herbert 1994). Эффективность этого метода установлена в ходе нескольких клинических испытаний, и он может использоваться при соответствующей адаптации, если это необходимо, в других странах и культурах.

В основе этой методики лежит тот факт, что раннее развитие агрессивного и антиобщественного поведения возникает не на пустом месте, а связано со специфическим стилем взаимоотношений в семье, который складывается еще в раннем детстве. При любом социальном взаимодействии между людьми его участники оказывают мощное и обычно неосознаваемое влияние на поведение друг друга. Члены семьи, взрослые и дети, являются особенно ярким примером этого явления. Наилучшим образом это иллюстрирует следующий простой пример:

Мать занята на кухне, а двое ее детей играют в соседней комнате. Она готовит пироги к празднику, намеченному на выходные дни в по-

селке, где они живут. Дети начинают спорить между собой. Через 10 минут младшая девочка вбегает на кухню в слезах и говорит, что ее старший брат ударил ее, потому что она слишком долго была на горке, на которой они должны были играть вместе. Мать, раздраженная тем, что ее прерывают во время работы, идет в комнату и кричит на мальчика, что ему надо быть внимательнее к его сестренке. Мальчик начинает в ответ кричать, что это был его черед скатиться с горки. Теперь уже он выходит из себя и начинает разбрасывать игрушки по комнате. С этим кошмаром мать сталкивалась уже много раз, и, как и прежде, она уступает ради мира в доме, бросив печь пироги. Мальчик не только научился брать верх над сестрой, но опять вынудил мать отступить. Это означает, что мать не добилась ничего, а мальчик вновь одержал победу, которая повысила вероятность того, что он вновь прибегнет к агрессии в следующий раз.

В свою очередь, глубокое огорчение матери и ее унижение проявляются в ядовитом, не направленном на кого-либо конкретно и неэффективном ворчании на обоих детей в течение последующих нескольких дней. Все уроки, полученные этими тремя действующими лицами в данной сцене, скорее всего, приведут к повторению неэффективной формы поведения.

Ключевым моментом в приведенном выше примере является то, что на поведение матери настолько же сильно влияет реакция мальчика, насколько ее поведение влияет на него, если не больше. Ее импульсивное, непродуманное вмешательство получило отпор, а ее последующее отступление лишь усилило реакцию мальчика с помощью отрицательного подкрепления (т. е. его недопустимое поведение привело к прекращению проявления гнева по отношению к нему со стороны матери).

Семьи, в которых практикуется такой тип взаимодействия, живут в мире, где разменной монетой жизни являются наказание, а не взаимная поддержка и любовь.

Как было показано в ходе многолетних кропотливых исследований, ребенок с антисоциальным поведением чаще всего формируется в семьях, характеризующихся хаотичным и карательным поведением. В одном из последних исследований было показано, что это лишь часть дела. Чтобы получить более полное представление о ситуации, Паттерсон (Patterson, 1982) и другие исследователи в США провели детальные наблюдения за детьми и их родителями, когда они взаимодействуют друг с другом. Мы обычно обращаем внимание на то, что родители наказывают ребенка, но в упомянутом исследовании было выявлено множество способов, с помощью которых ребенок может наказывать взрослого! Это могут быть физические удары, либо более тонкие методы, такие как нытье, игнорирование, непослушание в ответ на просьбы, ломание ценных предметов или использование ругательных слов. Исследователи выяснили, что родители и ребенок обмениваются наказаниями, а крики

и удары со стороны родителей перемежаются с криками и действиями со стороны детей в рамках так называемого «принудительного цикла семейного взаимодействия» (**coercive cycle of family interaction**). Семьи, где наблюдался такой тип взаимодействия, испытывали значительные социальные трудности, а вытекающие последствия для общества в виде проблем в учебе, антиобщественного поведения и делинквентности были серьезными.

В приведенном выше примере мать может иметь множество других проблем помимо проблем с ее двумя детьми. Это могут быть проблемы во взаимоотношениях с соседями, долги и, вполне вероятно, одиночество и депрессия.

Это сложная, но весьма распространенная и серьезная группа коморбидных проблем (см. определение коморбидности в Главе 2). В отношении таких семей целесообразно применять подход, представляющий собой «лечебный комплекс». Приоритетом должно стать обучение родителей тому, как контролировать ребенка. На первых этапах обычно требуется твердость и последовательность. Однако это не так легко. Уже прожив часть своей жизни без неповиновения, ребенок просто продолжит вести себя по-старому. В начале терапии со сменой режима ребенок постарается сохранить прежний стиль отношений. Простые уговоры не дадут результатов. Когда будут установлены пределы поведения, степень неповиновения со стороны ребенка усилится в попытке сохранить привычный «статус-кво». Именно в этот момент родители могут легко сдаться, так как они видят, что ситуация лишь ухудшается. Поэтому необходимо заранее предупредить их, что проблемное поведение ребенка может ухудшиться, прежде чем появятся признаки улучшения. По данным многочисленных исследований, эта методика обычно помогает улучшить поведение ребенка, если он страдает оппозиционно-вызывающим расстройством.

А что, если мать настолько обескуражена, настолько подавлена и обижена, что не может даже выслушать терапевта? Прежде всего, критически важным является отношение самого терапевта. Вероятно, с матерью «снисходительно разговаривали» «специалисты» и чиновники всю ее жизнь. Тем не менее, именно она знает своих детей лучше, чем кто-либо. Путь вперед лежит, скорее всего, через использование ее знаний и мнения. При этом терапия становится обсуждением общей проблемы среди равных. Атмосфера встречи должна быть оптимистической. Терапевт должен обратить внимание на знания и умения, которыми владеет мать, подчеркнуть их, и обратить внимание на сильные стороны ее детей. Должен произойти переход от «терапии разговором» к «терапии действием». Исследования на основе наблюдений показали, что те родители, которые сталкиваются с такими трудностями, обычно не умеют наблюдать за поведением своих детей, поэтому первые этапы начальных сеансов посвящены просто наблюдению за играми ребенка и за мате-

рию, которая должна попросить ребенка выполнить простые задачи в ходе игры, которые были предложены терапевтом. Как можно завоевать ее доверие и сотрудничество? Можно, прежде всего, занять позицию достижения согласия, говоря, что «проблема есть», но не называя виновника. Затем можно сказать:

«Давайте забудем на мгновение, кто виноват (ребенок, учитель, плохие жилищные условия). Как Вы думаете, могли бы мы попробовать предпринять для решения проблемы что-нибудь здесь и сейчас?»

Тогда Вы можете взять выбранную матерью проблему, которую она хотела бы изменить больше всего, и начать работу над ней. Можно проанализировать проблемы, начиная с той, которую мать считает самой важной, но с точки зрения терапии следует помнить, что она может быть обусловлена множеством факторов, каждый из которых имеет важное значение. Это означает, что Вы как терапевт должны держать в голове весь лечебный комплекс. Этот подход на основе **лечебного комплекса** будет очень полезен в дальнейшем в ходе лечения.

### Лечебный комплекс

В данном разделе будут описаны элементы этого подхода на основе работы Скотта (2002).

Прежде всего, следует установить длительность лечения: например, можно сказать матери, что лечение будет состоять из двенадцати сеансов по 1½–2 часа.

Это обеспечивает структурированность всего лечебного комплекса.

Затем с учетом этой общей длительности комплекса лечения из 12 сеансов определяются виды деятельности и цель терапии в целом. Главной целью будет снижение проявлений нежелательного поведения у ребенка. **Первый шаг** – содействовать положительной игре с матерью. Для большинства родителей это может показаться простым вопросом, но задача проиграть с ребенком в детской клинике как цель сама по себе может оказаться совершенно чуждой матери, которая никогда не сталкивалась с этим в своей собственной жизни. Необходимо пояснить ей, как играть с ребенком в детской клинике. Так как ребенку будет нравиться играть, это само по себе будет наградой для ребенка и матери. **Второй шаг** заключается в том, чтобы научить мать давать позитивное социальное поощрение в случаях приемлемого поведения ребенка. Опять же для обычного родителя это может показаться тривиальным, но родителям, которые сами выросли в негативных семейных условиях, это покажется странным: зачем хвалить ребенка за то, что он спокойно сидит за столом во время приема пищи или за уборку в комнате. Они просто должны делать это. Следует настроить мать на то, чтобы она хвалила ребенка, и сказать ей, что это является частью лечения. **Третий шаг** касается команд и указаний, кото-

рые родители отдают ребенку или детям. С этим делом родители хорошо знакомы, но та форма, в какой это делается в семьях с негативным фоном, обычно является весьма неэффективной. Приказы отдаются с негативным оттенком, в них отсутствует ясность, авторитетность или надежда на то, что команда будет выполнена. Здесь терапевт должен научить мать устанавливать зрительный контакт с ребенком, вставать и отдавать ясные авторитетные команды, без критики, во втором лице:

*«Я хочу, чтобы ты заправил постель и прибрался в комнате».*

Сотрудничество со стороны ребенка необходимо поощрять. **Четвертый шаг** касается действий в случае неповиновения. Ребенок продолжит неповиноваться родителю, поэтому возникает необходимость в санкциях, но эти санкции должны быть пропорциональными по степени суровости и связанными с нарушением. Например, если ребенок разбрасывает пищу по комнате, можно забрать у него тарелку с пищей, возможно, на короткое время.

**Домашнее задание.** Родителей следует попросить продолжить работу по наблюдению за ребенком в домашних условиях и принести результаты наблюдения на следующий сеанс в клинику. Для многих родителей это покажется трудным делом по очевидным и справедливым причинам, например:

*«Но кому присматривать за другими детьми».*

Или:

*«Это все неправильно. У меня никогда такого не было, когда я была ребенком. Никто мне не помогает».*

Эти причины справедливы и нуждаются в детальном обсуждении. Все причины необходимо признать как реальные и заслуживающие того, чтобы к ним отнеслись серьезно.

Успешная домашняя работа может также включать в себя дополнительные меры улучшения внутрисемейных отношений, например, в отношении режима сна и приема пищи. И вновь, эти весьма важные элементы жизни семьи следует обсудить и согласовать, должно быть организовано время сна или приема пищи. Здесь могут быть выработаны определенные постоянные простые правила: например, все вместе садятся есть за стол (или смотреть телевизор), убирают и моют посуду. Правила перед сном равным образом важны, когда необходимо снижать уровень активности к моменту, когда нужно ложиться спать, с умыванием и укладыванием в постель. Все эти действия (но не слишком много сразу) могут стать предметом социального и простого материального поощрения.

У родителя, скорее всего, такая терапия вызовет смешанные чувства. Вероятно, что те, кто более всего нуждается в помощи, в меньшей степени готовы к сотрудничеству, и поэтому, конечно же, необходимо рассмотреть другие формы оказания помощи.

Согласно программе Скотта (и других исследователей), серьезную проблему **отсутствия мотивации** можно решать несколькими способами:

1. **Групповая работа.** Некоторых родителей терапия привлечет в большей мере, если у них будет возможность участвовать в работе группы, когда возникает чувство принадлежности к группе (см. Главу 13). Эта принадлежность к группе может сама по себе быть полезной в осуществлении изменений, но такую работу должен проводить терапевт с умениями и навыками в проведении групповой терапии.

2. Для некоторых родителей, которые особенно подавлены или неуверены в себе, могут потребоваться визиты на дом.

Поведенческий тренинг представляет собой многообещающий вид лечения, хотя часто возникает проблема, связанная с тем, что семьи прекращают лечение. Такой тренинг следует применять по отношению к детям с поведенческими проблемами, включая гиперкинетический синдром, расстройство поведения и особенно по отношению к детям младшего возраста, страдающим оппозиционно-вызывающим нарушением поведения.

### **Свидетельство эффективности**

Поведенческое обучение родителей приносит эффект, как это было показано в ряде исследований. Эти исследования подробно описаны Скоттом (Scott 2002).

### **Этические вопросы**

Поведенческая терапия представляет собой чрезвычайно интересный и полезный круг методов, но этот вид терапии может привести к весьма несоответствующим результатам, если они применяются недостаточно подготовленным, работающим без супервизии персоналом. Особенно уместным примером является применение метода «тайм-аут». В детских домах, где проживает достаточно много дезадаптированных детей и подростков, то, что должно быть «поведенческой терапией», может очень легко стать «наказанием», а «тайм-аут» может превратиться в «одиночное заключение». В связи с этим в Британии имело место несколько скандалов, которые сотрясли детские службы тех районов, где они были выявлены. Другим примером может послужить метод так называемой «терапии отвращением» (аверсивная терапия). Были случаи, когда электрический ток применялся для лечения крайне умственно отсталых детей, которые проявляли аутоагрессию, кусая себя или нанося себе удары. Такие попытки помочь детям с крайне тяжелыми расстройствами могут предприниматься с благими намерениями, но всегда должны вызывать вопросы об этических пределах профессиональной практики.

## Интернализирующие расстройства

**Классическое обусловливание.** Другой ряд методов, которые используются преимущественно для лечения тревоги, упомянуты выше. Они опираются на классическое обусловливание. В основе этих методов лежит вывод, что если клиент находится в состоянии релаксации в момент возникновения тревоги, эти две реакции будут несовместимы. Если ребенок может вызвать в себе состояние релаксации в нужное время, он сможет противостоять тревоге. Эта техника называется **«реципрокное торможение»** (reciprocal inhibition). Суть процедуры состоит в следующем. Сначала ребенка учат расслабляться. Его просят сосредоточивать внимание последовательно на определенной части тела, проверяя, не присутствует ли в ней напряженность (пальцы ног, ступни, колени, бедра и т. д.), а затем сознательно расслаблять эту часть тела. Так последовательно проверяются все части тела. Полезно посвятить этому методу один или два сеанса обучения, особенно с напряженными, беспокойными детьми. Далее необходимо провести с ребенком собеседование и выстроить иерархию. Тревога может быть связана, например, со страхом посещения школы. Ребенка просят представить себе, что более всего беспокоит его: вставать утром, зная, что нужно идти в школу, стоять перед школой или фактически быть в классе. На протяжении нескольких сеансов, которые не должны быть разделены большими интервалами времени (2 или 3 сеанса в неделю в течение 4 недель), ребенок приходит на прием в клинику, вводится в состояние релаксации, после чего он должен представить себе небольшие сцены, выстроенные в иерархию. Когда ребенок начинает чувствовать тревогу в этой ситуации, его просят стереть соответствующую сцену из памяти. В ходе последовательных сеансов ребенок должен научиться представлять или воображать ситуацию, провоцирующую тревогу, при этом не испытывая тревожные чувства. Впоследствии за этой стадией должны придти посещения школы, сначала во внеурочное время, и, в конечном счете, он должен привыкнуть находиться в школе все дольше и дольше.

### *Резюме Главы 12*

В основе поведенческой терапии лежит ряд принципов, которые первоначально были разработаны в рамках экспериментальной психологии, а затем стали широко применяться в клинической практике. Преимуществом данного вида терапии является то, что она в значительной мере опирается на прямые наблюдения, что относится как к ее исходным теоретическим положениям, так и к последующему развитию этого метода, а также на хорошо разработанную структуру.

*Дополнительная литература*

1. *Herbert Martin*. Behaviour therapies In: Rutter M. and Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. Second Edition. Oxford : Blackwell, 2002.



## ГЛАВА 13.

### КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (КПТ).

#### Что такое когнитивно-поведенческая терапия?

Когнитивно-поведенческая терапия (сокращенно КПТ) – это группа психотерапевтических методик, которые разрабатывались в последние несколько лет в Северной Америке и западноевропейских странах на основе некоторых принципов психодинамической и поведенческой терапии. Начало этому направлению было положено в работах психиатра Аарона Бека, который занимался лечением депрессии, клинического психолога Дэвида Мейкенбома, а также других специалистов, работающих в области поведенческой терапии. Достоинством этого метода является то, что с самого начала он опирался на мощную традицию строгой научной оценки исхода и эффективности лечебных методик. Ниже приводятся некоторые из общих характеристик этого метода.

#### КПТ как подход, ориентированный на решение проблем

Люди сталкиваются с большим количеством проблем в своей жизни. Это могут быть обычные проблемы повседневной жизни, возникающие внутри семьи, между родителями и детьми, в школе, во время досуга при занятии спортом и другими видами деятельности. Время от времени возникают и более тяжелые проблемы: серьезные трудности в школе или тяжелая болезнь или смерть в семье. Будь то повседневные проблемы или проблемы более серьезного характера, они должны каким-то образом интерпретироваться и разрешаться.

**Признание наличия проблемы.** Специфической чертой детской терапии является то, что обычно ребенка в клинику приводит взрослый, его официальный представитель (один из родителей, представитель государственных учреждений или сотрудник органов опеки и попечительства), который решил, что у ребенка или подростка существует проблема, требующая обращения к специалисту. Очень редко сам ребенок или подросток считают, что им нужна помощь врача. Ребенок может просто не понимать, зачем его привели в это странное место, которое называют клиникой. Если это так, необходимо в ходе первой встречи задать ребенку, а также каждому из присутствующих по отдельности вопрос:

*«По Вашему мнению, почему мы встречаемся здесь сегодня?»*

Но равным образом важным для целей терапии является вопрос, а насколько сам ребенок согласен, что это его проблема, и признает ли

он, что у него есть проблема, и в какой мере он готов к тому, чтобы что-то изменить? Пытаться лечить человека, будь это ребенок или взрослый, который считает, что у него все в порядке – не самая удачная идея. Тема осознания проблемы пациентом обсуждалась нами ранее подробно в Главе 1. В когнитивной терапии на первом сеансе лучше начинать с некоторых общих принципов терапии. Эта тема будет более подробно развернута ниже в данной Главе.

КПТ – это образовательный подход, используемый, в частности, в работе с детьми, но не только с ними. Этот вид образования называется психообразованием.

Овладение языком является ключевой задачей развития детей младшего возраста. Это равным образом относится к изучению языка чувств, таких как любовь, ненависть, страх и гнев. Для целей КПТ им предстоит пережить и научиться распознавать эти чувства в себе.

**В основе КПТ лежит понимание, что мышление человека представляет нечто большее, чем набор отдельных мыслей. Для когнитивно-поведенческого терапевта мысли связаны с многомерными образованиями, которые называются «схемами» (schemas). Такие «схемы» формируются на раннем этапе жизни и представляют собой систему мировоззренческих установок человека по отношению к себе и окружающему миру.**

«Схемы» могут быть осознанными или могут не осознаваться человеком. В последнем случае они представляют собой бессознательные **автоматические мысли**. Такие мысли универсальны, и у любого человека они, скорее всего, часто повторяются и приводят к формированию сознательных или бессознательных установок, которые в целом являются характерными для индивида. Однако они могут быть «окрашены» болезнью, психологическим дистрессом или деструктивными установками. Многие автоматические мысли указанных категорий могут угнетать человека, приводят к болезни или трудностям в межличностных отношениях. Если попытаться выразить такие чувства ребенка словами, то они могут звучать следующим образом:

*«Все хотят командовать мной, но я должен всегда брать верх»*

*или*

*«Мне никогда не везет, и этот случай только подтверждает это».*

**В КПТ используются принципы и дисциплины из теории научения и поведенческой терапии.** Как и в других видах поведенческой терапии, в когнитивной терапии, в частности при работе с детьми, существенно важно проводить функциональный анализ; то есть выявить, какие подкрепляющие условия были связаны с возникновением и закреплением той или иной формы поведения или настроения, и как это

можно учесть в лечебной гипотезе и, в конечном счете, включить в план лечения (см. Главу 12). При работе с детьми такие формы поощрения используются для укрепления мотивации, иногда почти точно таким же способом, но иногда допускается их самостоятельное применение, что помогает воспитывать самостоятельность и независимость. Самопоощрение может принимать форму похвалы себе (часто это заставляет человека смеяться) или дневника, в котором отмечаются случаи успешного выполнения задач.

**В КПТ широко используется процесс научения через наблюдение.** Это третья форма научения из описанных в Главе 12. Она также связана с самоподкреплением поведения при поддержке со стороны терапевта.

Из вышеприведенных заголовков следует, что КПТ включает в себя несколько техник. Они используются различным образом в зависимости от характера проблемы, с которой молодой человек и семья обратились в клинику. Принцип индивидуализированной комплексной терапии, соответствующей потребностям ребенка, получил в КПТ значительное развитие.

### **Психообразовательная работа в рамках когнитивно-поведенческой терапии**

Первоочередной важной задачей при проведении когнитивной терапии является информирование молодого пациента о том, что он может ожидать, и какой объем работы потребуется. Такое информирование будет зависеть от возраста и степени зрелости молодого пациента, а также от его мотивации. Наряду с информированием на этой ранней стадии психообразование позволяет терапевту оценить и усилить мотивацию к лечению.

Для любой терапевтической работы с детьми и подростками очень важно сформировать у себя навыки **сопереживающего слушания**. Прежде всего, необходимо убедить пациента, особенно если это подросток, что ваши встречи будут конфиденциальными, и вы будете располагать достаточным количеством времени, чтобы выслушать его. Если вам придется сообщить о ваших встречах еще кому-либо, например, родителям, необходимо либо обеспечить их присутствие, либо проинформировать пациента, о чем вы собираетесь им сказать. Очень важно проявлять искреннюю эмпатию в ваших реакциях. Например, пациент сообщает об очень важном событии, которое произошло в его жизни, к примеру, недавно умерла его любимая бабушка. Прежде всего, ваше лицо должно выражать сочувствие по поводу этого события. Возможно, боль потери еще слишком остра; если это так, вам не следует демонстрировать слишком большое чувство. Можно высказаться в целом:

*«Наверное, это большой удар для Вашей семьи. Для кого это тяжелее всех?»*

Вы сразу вторгаетесь в мир чувств, но благоразумие говорит вам, что не нужно углубляться далее. Вы можете сильно расстроить ребенка или подростка и не добьетесь ничего. Если вы чувствуете, что вы слишком близко подошли к теме, на которую вам нужно выйти, лучше отложить беседу на эту тему. Следует сказать:

*«Это очень важно. Мы вернемся к этому немного позднее?»*

Большинство людей, особенно дети, мало знакомы с языком чувств. Вопросы, которых они не понимают, тревожат и, возможно, пугают их. Дети младшего возраста могут определить чувство как «хорошее» или «плохое», но вряд ли могут сказать больше. Поэтому перед терапевтом стоит первоочередная задача помочь ребенку выработать «словарь чувств». В современном обществе все дети знают, что такое школа, класс, телевидение. Это может стать опорой для терапевта. В ходе обучения у ребенка развивается социально ориентированное мышление с целью вооружить его умением справляться с трудностями, которые обычно возникают при знакомстве, а затем при формировании и поддержании дружбы. Это можно делать через ролевую игру. Речь, скорее всего, не является естественным средством общения для ребенка или подростка. Вы можете использовать коллекцию героев мультфильмов, или если ребенку нравится рисовать, можно попросить его нарисовать этих героев вместе с другими детьми. С их помощью можно составить какую-то историю. Если молодой пациент очень застенчив и чувствует себя неловко, необходимо, прежде всего, посадить его в удобное кресло и научить приемам релаксации. На втором этапе, т. е. в ролевой игре можно задать тему и попросить ребенка вообразить себе предлагаемый сюжет и спросить его, что он чувствует. Сначала вы просите его вообразить себе что-либо, что вызовет хорошие чувства. Возможно, ему нравится спорт, тогда можно попросить его представить, что он играет в футбол нападающим и только что забил гол, и спросить его, что он чувствует. Он может сказать:

*«Я бы прыгал от радости».*

*«Мне будет приятно, когда все меня будут хвалить».*

Затем (после нескольких сеансов) вы можете перейти к негативным эмоциям, которые ребенок, возможно, испытывает. Здесь можно использовать подсказки. Например, если это случай тревожного состояния, подростка можно попросить представить себе мальчика 15 лет, который поспорил, что сможет нырнуть с самой высокой вышки в местном бассейне. После этого он понимает, что это решение было опрометчивым, так как он еще не прыгал с вышек в воду. Вы просите пациента поставить

себя на место этого мальчика, представить себе, что он чувствует ночью, пытаясь заснуть, затем как он переодевается в бассейне, поднимается на вышку, и спрашивает его, что он чувствовал, воображая все это:

*«Тебе было холодно?»*

*«У тебя вспотели ладони?»*

*«Сердце билось сильно?»*

*«Ты дрожал?»*

*«Ты боялся упасть?»*

*«У тебя возникала мысль, что нужно отказаться и признаться, что не можешь прыгнуть с вышки?»*

Такие же методы можно использовать для того, чтобы исследовать другие эмоции, такие как:

- Плохое настроение или подавленность.
- Чувство злости, гнева или ярости.
- Раздражительность и желание все раскидать, кричать на людей.

Затем молодого пациента можно спросить, может ли он вообразить себе подобные сюжеты.

Сюжеты для воображения можно модифицировать в зависимости от характера жалобы: гнев и деструктивное поведение при экстернализирующих расстройствах, тревога и печаль при депрессии или тревожных состояниях. Основная задача на этом этапе состоит в том, чтобы дать возможность пациенту распознать и испытать в условиях безопасности и конфиденциальности те чувства, которые они не всегда могут испытать в условиях спешки и проблем повседневной жизни. **Чувство, мысль и физическая (соматическая) реакция** должны получить связь в сознании ребенка.

**Амбивалентность или смешанные чувства.** Если подросток в описанном выше примере прыжка с вышки признается, что у него возникла мысль отказаться, это открывает возможность исследовать другой важный феномен, который является очень важным в терапии. Это – **амбивалентность чувств**. Это означает одновременное присутствие двух комплексов противоположных чувств; в вышеуказанном примере, с одной стороны, присутствует желание отказаться и тем самым подвергнуться риску опозориться перед другими подростками, с другой – идти до конца, рискуя травмировать себя в случае неудачного прыжка с высокой вышки. Амбивалентность – это универсальный человеческий опыт. Подростку важно усвоить это, понять, что это нормально, а также уметь определять противоречивые чувства.

**Сократический диалог.** Это процесс терапевтического интервьюирования, который может показаться простым, но он играет важную роль. Это партнерство между терапевтом и ребенком или подростком, в котором используется сопереживающее слушание и постановка вопросов. Вопросы направлены на осознание пациентами своей проблемы, заключающейся в трудности обозначения своих мыслей, чувств и действий. Эта техника направляемого самоисследования ребенком или подростком является ядром мастерства терапевта. После описанного выше дидактического начала вы можете перейти к вопросам типа: «Что ты почувствовал?» и «О чем ты тогда думал?», стремясь каждый раз связать чувство с действием и мысль с действием в различных ситуациях и с различными людьми: в семье, с друзьями, другими взрослыми.

**Выявление автоматических мыслей.** Некоторые виды автоматических мыслей, например, таких, которые были описаны выше, являются характерными для различных детских расстройств, описанных в Главе 2. Например, ребенок с расстройством поведения, скорее всего, переполнен мыслями и чувствами, что все настроено против него, тогда как ребенка с депрессией могут мучить чувства неудачи и никчемности. Вы подозреваете, но не утверждаете, что такие мысли присутствуют. Важно, чтобы ребенок или подросток обнаружил их в себе сам под вашим руководством в качестве терапевта. Это можно назвать «выявляющим разговором о себе» («noticing self-talk»). Вы можете начать встречу, попросив ребенка или подростка описать прошедшую неделю, затем перейти к случаям взаимодействия с другими людьми в школе или с другом. Попросите рассказать подробнее о каком-то возникшем инциденте, затем задайте вопросы о последовательности, например:

*«Что случилось?»*

*«Какие у тебя были мысли?»*

*«Что ты чувствовал?»*

*«Что ты сделал?»*

В терапии наилучший способ помочь ребенку или подростку обратить внимание на свои автоматические мысли (схемы) – это внимательно следить за их рассказом и отмечать повторяющиеся темы. В этих местах вы можете сказать:

*«Можно я тебя прерву здесь? Я заметил, что ты часто думаешь, что если ты что-то скажешь в группе, может произойти что-то плохое. Ты осознаешь то, о чем думаешь или что говоришь в такие моменты?... Расскажи мне подробнее об этом?»*

## **Вселение надежды на улучшение**

Когда ребенок демонстрирует желание сотрудничать с врачом или добиться улучшений, следует использовать любую возможность, чтобы похвалить его и поддержать его усилия.

### **Домашние задания**

Домашние задания – очень важная часть когнитивной терапии. Они должны быть простыми, например, не забывать улыбаться при встрече с конкретным человеком. Если домашнее задание было задано, его следует обязательно обсудить в ходе следующей встречи с ребенком, хвалить его, если он сообщает о выполнении задания.

### **Инструкции из руководств**

Еще одно ценное новшество в практике лечения последних 20 лет – это использование руководств или пособий, в которых детально описываются различные этапы терапии. Руководства, написанные лучшими практиками и исследователями, изданы в виде буклетов. В списке рекомендуемой литературы в конце этой главы приводятся два хороших примера. Они содержат ряд инструкций, касающихся содержания каждой запланированной встречи. Например, содержание первого сеанса, скорее всего, будет предполагать изложение терапевтом общих принципов терапии и того, что терапевт будет ожидать от пациента и что пациент может ожидать от терапии. Еще одним упражнением является постановка домашних заданий, получение обратной связи от пациента, оценка продвижения семьи, встречающиеся трудности. Например, план может включать в себя 30 сеансов, из которых первые сеансы будут посвящены психообразовательной работе, описанной выше. Между сеансами перед ребенком ставится задача обдумать, что он узнал, и, самое важное, на следующем сеансе необходимо спросить, думал ли он о том, что было сказано, и похвалить за любую положительную реакцию.

## **КПТ при экстернализирующих расстройствах**

Эти распространенные расстройства (см. Главу 2) и сопутствующие им проблемы, такие как трудности в учебе, в школе, употребление наркотиков и алкоголя, проблемы в семье труднее всего поддаются лечению в детско-подростковой психиатрии. Одной из самых заметных характеристик являются плохие взаимоотношения со сверстниками, ведущие к

изоляции среди одноклассников, отверженности в связи с запугиванием, жестокостью, драками. Эти дети очень часто несчастны. Далее мы рассмотрим основы лечебного комплекса для таких расстройств, взятые и адаптированные из работы (Lochman et al. 2000).

### Совладение с гневом

**Тренинг социальных навыков.** Эти методики, направленные на обучение простым способам получения друзей, а не врагов, часто используются вместе с другими приемами в рамках лечебного комплекса. К элементам обучения социальным навыкам могут относиться методы оперантного обусловливания, когда вознаграждается желательное поведение и игнорируется нежелательное. К ним относятся избирательное внимание, похвала или жетоны.

Терапевт может моделировать просоциальные формы поведения. Это могут быть дружелюбие, улыбка, приятный голос. Терапевт задает заранее подготовленные социальные ситуации. Он может тренировать ребенка в воспроизведении заданного адекватного поведения, например, чтобы он проявлял положительные эмоции при приветствии, как если бы он был рад видеть данного человека. На когнитивном уровне, в противоположность уровню поведения, терапия может вращаться вокруг тех основных допущений, которые ребенок делает о других людях и их намерениях. Такие допущения часто негативны. Их можно рассматривать как корень их специфических трудностей в межличностном общении.

Практическая терапевтическая работа может проводиться индивидуально или в группе. Реальный пример из жизни может помочь нам объяснить, как действует терапия.

#### *Пример: школьная ролевая игра*

Специальная школа для детей с умственной отсталостью в возрасте 9–12 лет столкнулась с частыми проявлениями агрессивного поведения в классе и вне класса. Эти проблемы проявлялись на уровне группы школьников, а не у одного или двух из них. За помощью обратились в клинику.

Было принято решение сформировать экспериментальную группу в рамках школы. В ходе переговоров было решено, что эта группа будет включать и тех, кто хорошо ведет себя, и тех, кто демонстрирует агрессию. При работе с такими группами возникает этическая проблема, которая требует пристального внимания. Так или иначе, научение через наблюдение может касаться не только хорошего поведения, но и агрессии. Но это подразумевает, что в группе должен осуществляться строгий контроль в отношении любых проявлений агрессии. Основным



защитным механизмом является постоянный надзор за группой. Дополнительно можно использовать приемы из поведенческой терапии в виде систематических поощрений. Задача терапевтов в данном случае состояла в том, чтобы стимулировать дискуссию среди детей, особенно обсуждение проблем в отношениях между ними и проявлений агрессивного поведения.

Встречи группы происходили во внеурочное время, чтобы не мешать учебному процессу. Участие в ней было полностью добровольным. Группе была сформулирована следующая цель: «Мы – группа, которая стремится понять, как лучше строить отношения с людьми».

Был разработан ряд коротких ролевых игр, например:

*«Кто-то толкает тебя в очереди во время обеда и проливает твой напиток. Что ты сделаешь?»*

Сеанс терапии делился на две части: сначала разыгрывалась ситуация, а затем шло ее обсуждение. Обсуждение с участием всей группы включало два компонента: ребенка, который толкнул мальчика в очереди во время обеда, и ребенка, которого толкнули. Сначала этим двум детям и другим членам группы задавали вопрос, что, по их мнению, произошло. Затем следовала «дискуссия». В ходе последней все члены группы должны были высказать свои соображения по поводу причин «происшествия», и что бы они сделали в этой ситуации.

Со стороны терапевтов давалось много подсказок. Например: «Это могло произойти случайно; это могла быть попытка отомстить за то, что случилось до этого утром». Анализировались как положительные, так и отрицательные причины. Что нужно было сделать? Потребовать извинений, сказать учителю или начать драку? Рассматривались все эти возможности и обсуждались последствия.

Наряду с решением проблем межличностного общения этот метод давал детям возможность научиться позитивным формам поведения в условиях самой группы. Для этого использовался прием, называемый «Цена реакции» (см. определение в Главе 12). Каждому ребенку дали 20 небольших фишек. За любой эпизод заранее определенного агрессивного поведения в группе у агрессивного ребенка забирали одну фишку. В конце сеанса дети могли купить игрушку на оставшиеся у них фишки: чем больше фишек, тем лучше купленная игрушка. Помимо этого детей щедро хвалили за их действия.

Этот простой пример иллюстрирует общую тему в когнитивной терапии, а именно: проблемно-ориентированный подход.

Ребенка подводят к пониманию того, что он сталкивается с проблемой. Однако чья это проблема? Мальчик может сказать, что это не его проблема. Другой мальчик толкнул его, и он толкнул его в ответ. Здесь наступает черед терапевта, который может попросить уточнить информацию:

*«А где это произошло?»*

*«Кто был там?»*

*«Что случилось потом?»*

Терапевт выясняет подробную информацию о поведении и начинает проводить связь между ним и чувствами.

Исследуются пути решения проблемы:

*«Подумайте, а как еще вы могли бы поступить в этой ситуации».*

*«Выберите и попробуйте способ, который Вам больше нравится».*

*«Оглянитесь назад и посмотрите, достигли ли Вы желаемого результата».*

*«Если Вы получили хороший результат, группа поздравляет Вас».*

Этот список, конечно же, является слишком упрощенным. Будет нереалистично думать, что агрессивный, импульсивный, плохо социализированный и интеллектуально ограниченный ребенок будет действовать так продуманно и целенаправленно в условиях, когда обстоятельства давят на него. Здесь следует надеяться на то, что обучение некоторым из этих положительных реакций поможет сформировать в ребенке альтернативные формы поведения.

Для повышения мотивации необходима какая-то система поощрений. В данном случае мы использовали «цену реакции», которая упоминалась в Главе 12. Ниже приводится более подробное описание одной из таких систем.

### **Лечение гиперкинетического расстройства: самообучение на основе самостоятельно выработанных инструкций. Kendall and Branswell (1993)**

Цель этого подхода состоит в том, чтобы вооружить ребенка набором инструкций, которые он сможет использовать для управления своим поведением. В ходе курса из примерно 15 сеансов ребенок учится выработать инструкции для себя, которые он может использовать в реальных жизненных ситуациях и преодолевать свою склонность действовать импульсивно и дезорганизованно. Терапевт может начать обучение выработке инструкций посредством их проговаривания вслух, например:

*«Какая у нас здесь проблема?» (ребенок описывает проблему),*

*«Подумай обо всех способах, которыми ты можешь решить проблему» (ребенок думает и излагает, что он мог бы предпринять).*

*«Хорошо, пойдем дальше и порешаем эту проблему» (ребенок вовлекается в решение проблемы).*

*«Как, по-твоему, получилось?» (ребенок оценивает свои действия).*

*«Так что, можно похвалить себя за это?» (ребенок поздравляет себя за успех).*

На первых сеансах для обсуждения выбираются простые и эмоционально нейтральные проблемы, например, головоломка. На последующих сеансах задачи становятся все более сложными и, в конечном счете, осуществляется переход к межличностному общению и взаимодействию. Ребенка или подростка подводят к тому, чтобы он умел определять характер проблемы, с которой он встречается, и искать альтернативные способы ее решения. Правильные реакции могут быть вознаграждены самопохвалой, жетонами или методом цены реакции (см. описание метода цены реакции в Главе 12). При экстернализирующих расстройствах групповая работа обычно приносит больше пользы, чем индивидуальная терапия. Например, у подростка может сформироваться убеждение как результат жизни в дезадаптированной семье, где господствует принуждение, что он живет во враждебном ему мире – многие из детей с такими убеждениями получают ранний опыт социализации в такой семье (см. Главы 5 и 11). Его порочное мышление по отношению к окружающим настолько закрепилось в нем, что он вряд ли сможет изменить восприятие без значительной поддержки и обучения. Так, в рамках одной из программ лечения ребенка обучают технике, которую он должен использовать всякий раз, когда сталкивается с межличностной проблемой. После того как он в достаточной мере овладеет этой техникой, терапия переходит в межличностную плоскость. Наконец, дается домашнее задание, которое обсуждается на последующем сеансе. К этому времени ребенок уже умело применяет свою простую технику, которой он научился в начале программы лечения.

### **Свидетельства эффективности**

Эффективность метода самообучения на основе самостоятельно выработанных инструкций было продемонстрировано при лечении гиперкинетического расстройства и оппозиционно-вызывающего расстройства поведения. Как и в большинстве когнитивно-поведенческих терапевтических подходов, наиболее эффективными являются как групповые подходы, так и подходы на основе разнообразия целей. Так, при оппозиционно-вызывающем нарушении поведения (вид расстройства поведения на ранних стадиях) терапевтический подход может сочетать в себе поведенческое обучение родителей с применением некоторых эле-

ментов метода формирования социальных навыков в составе группы, а также самообучение. Особенно наглядно эффективность такого подхода была показана в исследованиях исхода лечения методом случай-контроль.

### **Обучение совладанию с гневом**

Искаженное мышление хронически враждебно настроенного подростка с несоциализированным расстройством поведения было описано в Главе 2. Оно включает повышенную чувствительность к насмешкам со стороны ровесников и переоценку враждебных намерений со стороны окружающих людей. У таких подростков обычно плохо развита речь, поэтому они не могут защитить себя словесно и не умеют поставить себя на место другого человека. В рамках одного исследования по применению этой методики (Williams and Barlow 1998) обучение контролю гнева проводилось в условиях группы. Такая терапия высоко структурирована и разворачивается на протяжении ряда сеансов. Упражнения в классе с обсуждением сочетаются с обратной связью от каждого подростка о его индивидуальном опыте. Курс обеспечен подробными письменными инструкциями и вопросниками, которые включены в руководство. Ожидания подростка четко формулируются в заключаемом с ним «договоре», где оговаривается обязательность посещения занятий, выполнение домашней работы между сеансами и поведение в ходе сеансов.

Например, первый сеанс посвящен знакомству с упражнениями, позволяющим участникам ближе узнать друг друга. За этим следует занятие, в ходе которого объясняются «десять принципов управления гневом» и проводится их обсуждение. Эти десять принципов следующие:

1. **«Агрессия – это приобретенная форма поведения, которую можно изменить».** Для успешного лечения важное значение имеют мотивация и приверженность.

2. **«Убеждения, которые мы приобретаем в ходе жизни, влияют на то, как мы понимаем людей и ситуации».** Знание, что наши убеждения негативно влияют на нас и наше поведение, может помочь нам поставить наши взгляды под сомнение.

3. **«Осознание и понимание причин, влияющих на наше поведение».** Это улучшает нашу способность контролировать себя и свои чувства и является одним из первых шагов на пути к умению управлять своим поведением.

4. **«То, что мы чувствуем, влияет на то, как мы ведем себя».** Все мы испытываем и позитивные, и негативные чувства. Некоторые люди могут испытывать отрицательные чувства, такие как ревность, зависть или ненависть интенсивнее, чем другие. Такие чувства могут захватывать человека целиком и воздействовать на него разрушительно.

5. **«Гнев имеет физиологический компонент».** Осознание своей реакции, проявляющейся, например, в виде приливов к голове, сухости во рту, зуда в руках, может помочь понять, что назревают неприятности.

6. **«Агрессия почти всегда имеет отрицательные последствия непосредственно для нас и для других».** Понимание результатов проявления гнева на основе предыдущего опыта может помочь контролировать гнев в текущей ситуации.

7. **«Определение всех факторов, которые могут вызывать у Вас агрессию, поможет Вам предвидеть и преодолевать их по мере возникновения».** Осознание опасности ситуации также выступает как предупреждение о том, что необходимо уйти от нее.

8. **«Потеря контроля обычно связана с постепенным накоплением раздражения, которое не снималось».** Эту ситуацию можно определить на основе внутренних ощущений, по настроению и факторам, которые могут указывать на близость неприятности.

9. **«Дисбаланс между рутинной и отдыхом в вашем образе жизни повышает вероятность агрессии в вашем поведении».** Эта ситуация может указывать на необходимость пересмотреть режим работы и отдыха.

10. **«Гнев может стать положительной эмоцией, если использовать его конструктивно».**

Далее ставится важное домашнее задание, связанное с ведением личного дневника гнева. Цель заключается в том, чтобы перестроить мышление подростка и помочь ему уйти от автоматического предположения, что в основе поведения всех других людей лежит враждебность, и сформировать у себя привычку реагировать невраждебно на других. В ходе каждого последующего сеанса осуществляется подведение итогов проделанной работы, рассматриваются новые аспекты гнева и управления им, при этом проводится связь между практическим опытом и принципами когнитивной поведенческой терапии. Ключевым элементом в работе с большинством подростков является применение описанного выше метода «цены реакции», т. е. лишение каких-то привилегий за ясно определенное нежелательное поведение. В завершение серии из 12 сеансов проводится программа профилактики рецидивов, консолидирующая всю выполненную работу. К другим используемым элементам относятся упражнение «думать вперед», когда подросток учится предвидеть возможные пагубные последствия агрессивных действий, которые обсуждаются с использованием примеров из собственного опыта подростка.

Очень важно помнить, что агрессивные дети сориентированы на действие и вряд ли будут поддаваться устному воздействию. Существует большое количество упражнений на основе ролевых игр, которые можно использовать в работе с детьми и подростками. Например, Lochman et al (2000) описывают работу в группе, где подросток должен выдерживать колкости со стороны сверстников в условиях тщательно направляемой и

контролируемой ролевой игры. Здесь также могут использоваться простые материальные стимулы для укрепления мотивации.

### Свидетельства эффективности

Описанная методика прошла ряд проверок, многие из которых были проведены среди несовершеннолетних правонарушителей, находившихся в исправительных заведениях. Опыт показывает, что достижение положительного эффекта возможно в ходе терапии, но улучшения не являются устойчивыми и нивелируются при смене обстановки, например, при возвращении в уличную среду, где агрессия была основной проблемой. Необходимо найти возможность провести антиагрессивное лечение в среде, в которой агрессивный подросток обычно проживет. В мульти-системных программах (см. Главу 25) в этом направлении достигнут определенный прогресс. (См. также Feidler 1991, где описывается лечение психопатологии этого типа агрессивности и ее лечение.)

### КПТ при интернализирующих расстройствах

Выше мы обсуждали применение когнитивно-поведенческих подходов для лечения расстройств поведения, таких как агрессия и гиперактивность. Эти подходы широко используются также для лечения тревожных расстройств, депрессии и обсессивно-компульсивного расстройства (см. описание этих расстройств в Главе 2). Ниже описываются расстройства этой категории.

### Когнитивная терапия тревожных расстройств

Тревога – это наилучший пример нормального, адаптивного состояния человека, которое при избыточности может стать болезненным и инвалидизирующим. Такие состояния называют тревожными расстройствами, и именно они заслуживают внимания специалистов. Общераспространенными типами расстройств этой группы, для лечения которых может быть применена когнитивная терапия, являются **фобическое тревожное расстройство**, **генерализованное тревожное расстройство** и **детское тревожное расстройство в связи с разлукой** (см. Главу 2). Следует помнить, что коморбидность является типичной при интернализирующих расстройствах, и маловероятно, что ваш молодой пациент представляет собой «чистый» пример какого-либо из этих расстройств. Тревожные расстройства в прошлом успешно лечились с помощью поведенческих методов, таких как «реципрокное торможение»

(см. Главу 12). Когнитивный подход в терапии призван сочетать в себе предыдущие подходы с новыми терапевтическими приемами для оказания помощи при этих общераспространенных проблемах.

### **Психообразовательная работа**

Во всех видах когнитивной терапии первоочередная задача терапевта состоит в том, чтобы помочь ребенку или подростку распознать свои симптомы. В спокойных условиях консультационного кабинета Вы можете попросить маленького пациента детально описать его страхи, чувства, сопутствующие мысли и любые соматические симптомы, когда, например, потеют руки или крутит живот. Вы можете спросить:

*«Ты боялся, что что-то произойдет. Что могло случиться?»*

*«Насколько твои страхи мешают тебе заниматься обычными делами?»*

*«Ты пытался как-то преодолеть свой страх самостоятельно?»*

*(попросите его описать, как он это делал).*

*«Как твоя семья реагирует на эти затруднения?»*

Каждый из этих общих вопросов может привести к более детальной беседе с ребенком или подростком с целью глубже изучить его мысли и эмоции, улучшить понимание проблемы и расширить его словарь для описания эмоций или чувств. Эту работу можно назвать выслушиванием «разговора о себе» вашего молодого пациента, или можно попросить его поделиться с вами мыслями о самом себе.

### **Методы терапии**

**Релаксация.** Способность к сознательной мышечной релаксации и снятию напряженности может стать моральной опорой для тревожных детей. Чтобы научить этому, попросите ребенка или подростка сесть удобно и расслабить поочередно каждую группу мышц, пока не наступит полное расслабление. Проинструктируйте его, что он должен изгнать все беспокоящие мысли из головы. Полезно договориться о каком-либо знаке, который ребенок может использовать, чтобы сигнализировать невербально о своем состоянии релаксации. Например, он может поднять указательный палец, показывая, что он достиг полной релаксации. Совместно вы можете работать над достижением полной релаксации. Далее формируется мысленный образ релаксации, например, расслабление в

теплой ванне или лежа под теплым солнцем. Ребенок сам выбирает под вашим контролем, какой образ ему лучше подходит. Вы можете также совместно с ребенком выработать кодовое слово, которое будет означать «расслабление». И в этом случае ребенок может сам выбрать слово. В менее тяжелых случаях вы можете расширить эту методику и помочь ребенку вообразить что-либо из того, что вызывает в нем тревогу. Эта методика называется «психотерапией реципрокным торможением». Но релаксация может также использоваться и как компонент более сложных лечебных комплексов. Следует поощрять использование релаксации на всем протяжении терапии, время от времени интересуясь ее ходом.

**К когнитивному шаблону** (Kendall 2000) Это тот момент, когда в терапию вводится действительно когнитивный компонент. Основная гипотеза здесь состоит в том, что инвалидизирующий страх и тревога являются следствием дефективной системы убеждений или «схемы». В качестве общей темы для разговора можно использовать, например, спорт. Первоочередная задача состоит в том, чтобы вскрыть болезненную «схему», которая определяет мысли и чувства ребенка. Разговор о себе здесь может быть таким:

*«Я поскользнусь, упаду, или буду выглядеть глупо, или забью гол в свои ворота, или меня выгонят из команды. Все будет смеяться надо мной. Я буду посмешищем».*

Первоочередная задача состоит в том, чтобы совместно с ребенком выявить неосознанные мысли в ходе его разговора о себе. Это укажет вам на форму и степень убежденности вашего молодого пациента. Как только негативный разговор о себе поможет уверенно определить содержание «схемы», цель можно изменить, подвергнув сомнению страх, выражаемый в негативном разговоре о себе, и, используя обсуждение, ролевые игры и самоподкрепление, начать движение к более продуктивному разговору о себе. Цель состоит в том, чтобы заменить негативный разговор о себе на более конструктивную установку. Тревожный и пессимистический комментарий подростка, например:

*«Я стану позором для своей школы, и даже мои друзья будут смеяться надо мной и откажутся говорить со мной»*

может быть заменен на следующий:

*«Ну так что? Если я не смогу в этот раз сыграть так, как мне хотелось бы, будут и другие возможности».*

Эти более положительные реакции могут быть увязаны с решением социальных проблем и снижением уровня страха. Это, вероятно, потребует более глубокого анализа социальных ситуаций, в которых возникает страх, и поисков альтернативных способов действия, не включающих катастрофический результат, предсказанный тревожным подростком. Множество таких примеров можно выявить в ходе беседы с пациентом



и использовать их для того, чтобы укрепить его способность решать более широкий круг проблем.

### **Закрепление успеха**

**Терапия должна быть интересной.** Обычно детей и подростков в клинику приводит кто-то. В ходе вашего лечения, каким бы квалифицированным оно ни было, вы должны постоянно задавать себе вопрос: «А хочется ли этому ребенку вообще находиться здесь? Не интереснее ли ему быть дома или с друзьями?»

Простым ответом на это является то, что лечение в целом должно вызывать интерес у ребенка; тревожащие вопросы и темы должны быть ограничены, перемежаясь с чем-то хорошим, с историями, анекдотами и сопровождаться, прежде всего, простым сопереживающим выслушиванием со стороны терапевта. Подросток должен чувствовать себя хорошо, выходя из кабинета. Если необходимо затронуть тревожащие темы, убедитесь, что ребенок не уходит от вас с чувством одиночества или в расстройстве. Что бы это ни было, к моменту ухода пациента все должно быть урегулировано. Иными словами, необходимо постоянно помнить о мотивации ребенка. В поведенческой и когнитивной терапии вы надеетесь не только на то, что ребенок захочет еще раз придти сюда, но и захочет и далее участвовать в терапии и добиться успеха. Одним из способов достижения этой цели является подкрепление. Когнитивная работа в случаях тревожного расстройства – это важный способ формирования независимости, особенно самоподкрепление. Награда может быть социальной или материальной. Дети могут сами вознаграждать себя. Для этого у тревожных детей и подростков будет много возможностей. Успех должен всегда вознаграждаться похвалой.

**Решение проблем.** Это основная задача во всех видах когнитивно-поведенческой терапии и при экстернализирующих, и при интернализирующих расстройствах. Как и в случае импульсивности и гиперкинетического расстройства, полезно проводить формирование этого умения в контексте реальной жизни до тех пор, пока этот прием не будет усвоен в совершенстве.

Само собой разумеется, на этом этапе и после достижения успеха вы должны использовать различные формы вознаграждения.

**Ролевое моделирование.** Из ваших вводных бесед с ребенком вы получите много примеров, показывающих, что подросток ожидает от себя, и что, по его мнению, другие ожидают от него. Это может касаться какого-либо серьезного интереса в области спорта или учебы. Это может быть интерес в области межличностных отношений, например, отношения с предметом восхищения из противоположного пола, к которому он боится подойти из-за страха получить отказ или публично попасть в неловкое по-

ложение. Любая из этих ситуаций дает возможность выстроить ролевую игру. Необходимо попытаться включить некоторые из приемов, которые входят в пакет когнитивно-поведенческой терапии, такие как сопутствующее вознаграждение, методика проблем и разговор о себе.

**Наблюдение за тем, как с проблемами справляются другие.** Вполне вероятно, ваш молодой клиент с завистью смотрит на своих школьных друзей, которые, по его мнению, успешно и легко решают проблемы, которые он находит невозможно трудными. Тогда еще одним способом решения проблем для него может стать простое копирование успешных форм поведения. Это может стать еще одним вопросом, который вы можете обсудить на ваших встречах с вашим молодым клиентом. Это также даст возможность перейти от частных обсуждений в ходе сеансов с терапевтом к работе в условиях реальной жизни со сверстниками или с семьей.

**От сеанса терапии к реальной жизни.** Это очень важный этап для всех форм тревожных расстройств, но особенно для фобической тревоги. Именно на этом этапе вы ставите перед вашим молодым пациентом задачу посмотреть в лицо действительности. При фобических тревожных расстройствах вы переходите, используя описанные выше методы, от мысленного представления ситуаций с использованием фантазии и релаксации к реальным конкретным ситуациям. Возьмем, к примеру, клаустрофобию, при которой подросток испытывает ужас перед лифтами и другими ограниченными пространствами. В какой-то момент времени действия должны выйти за пределы клиники, от воображения ситуаций к реальному лифту, сначала при поддержке терапевта с сопутствующим социальным или материальным поощрением, затем самостоятельно с получением обусловленного вознаграждения при продолжающейся поддержке в ходе сеансов в клинике.

### **КПТ при депрессии**

Характерные болезненные убеждения, связанные с депрессией, хорошо описаны в базовых учебниках и в Главе 24. Наряду со сниженным настроением и раздражительностью они включают в себя неосознанные мысли-«схемы», в центре которых находятся три установки:

*Я ничего не стою,*

*Будущее безнадежно, и*

*Сама жизнь, в общем, бессмысленна.*

Было показано, что именно эти установки лежат в основе депрессивного настроения (Beck 1979). Исследования продемонстрировали, что у

детей и, особенно, у подростков картина расстройств является такой же, как и у взрослых. Помимо постоянного чувства апатии, раздражительности и угнетенности при выполнении видов деятельности, которые обычно приносят удовольствие, депрессивные дети характеризуются заниженной самооценкой, не считают себя умными или адекватными в социальных ситуациях. Они склонны рассматривать ситуации, которые обычно являются важными для них, как абсолютно бессмысленные, не приносящие никакого удовольствия и не имеющие значения. Они ощущают себя никчемными. Болезненное мышление в данном случае отличается от способа мышления, характерного для агрессивных детей, как было описано выше. Как уже говорилось, в нем доминируют мрачные мысли о своей никчемности и несостоятельности. Борьба с этими мыслями можно таким же способом, используя метод мягкого, но твердого последовательного опровержения мнения пациента с выдвижением альтернативных объяснений неудач, которые, по их мнению, преследуют их в жизни, и проблем, с которыми они постоянно сталкиваются. В эффективных клинических исследованиях когнитивный компонент сочетался с другими формами обучения социальным навыкам или проводился в условиях группы. Помимо опровержения мрачных мыслей ребенку или подростку помогают взглянуть на жизнь более оптимистично и принять участие при поддержке терапевта в приносящих удовольствие действиях, вернуться к своим старым интересам, восстановить дружбу, которая могла прерваться в связи с депрессией. Недавние исследования показали, что когнитивная терапия может применяться для лечения депрессии, хотя еще предстоит убедиться в устойчивости результатов.

**Планирование активности.** Здоровые дети и подростки катаются на велосипедах, занимаются различными видами спорта, физкультурой, принимают участие в состязаниях, ремонтируют автомобили и мотоциклы, общаются в Интернете с друзьями и занимаются многими другими видами деятельности. Одна из проблем, характерных для депрессивных детей и подростков, состоит в том, что они уходят от активности и могут сидеть апатично в одиночестве перед телевизором. Если спросить такого ребенка, где его друзья, он только пожмет плечами и продолжит сидеть перед «ящиком». Первая важная задача терапевта состоит в том, чтобы изучить эту пассивность. Следует при любой возможности подчеркивать связь между мыслями, чувствами и действиями. Например, вы можете сказать:

**Терапевт:** *«Скажи мне, что тебе нравится делать?»*

**Подросток (12 лет):** *«Мне нравится кататься на велосипеде, вернее, правилось».*

**Терапевт:** *«Расскажи мне поподробнее об этом. Ты гуляешь один или с компанией?»*

**Подросток:** *«Обычно с компанией».*

**Терапевт:** *«Расскажи мне о твоей группе?»*

**Подросток:** «Они замечательные» (описывает своих друзей).

**Терапевт** (резюмируя): «Итак, Миша – шутник, а Игорь более серьезный. Катя симпатичная, а Боря лучше всех катается на велосипеде. Насколько я понимаю из того, что ты мне сказал, ты со своими замечательными друзьями не виделся уже некоторое время?»

**Подросток:** «Да».

**Терапевт:** «А что случилось?»

**Подросток:** «Я не могу гулять».

**Терапевт:** «Почему нет? Расскажи?»

**Подросток:** «Они меня все раздражают, и мне не хочется разговаривать или кататься на велосипеде».

**Терапевт:** «Из твоего рассказа следует, что они действительно хорошие друзья. С кем из них тебе было бы наименее трудно встретиться в настоящее время?»

**Подросток:** «Наверное, с Мишей. Да, но я не думаю, что это сработает».

**Терапевт:** «А если попытаться, а после мы с тобой поговорим об этом и выясним, что было не так и почему?»

После того, как пациент проведет такой эксперимент, в ходе которого ему, возможно, потребуется поддержка со стороны родителей, вы можете выяснить, состоялась ли встреча. Если да, вы можете тепло поздравить пациента и спросить его, почему ему не хотелось встречаться с другом, а также что ему нравится в Мише и до сих пор ли ему нравится общаться со своим другом, при этом используя все возможности для того, чтобы провести связь между мыслями, чувствами и действиями. Если встреча не состоялась, узнайте, почему она не состоялась, и обсудите с пациентом, что он может сделать, чтобы она состоялась в следующий раз. Продолжайте поддерживать вашего пациента, но обязательно спросите о Мише во время вашей следующей встречи.

Все, что может пробудить интерес у вашего пациента и отвлечь его от негативных, угнетающих и злых мыслей, является признаком улучшения. Общее отношение эмоциональной теплоты, оптимизма, интереса и симпатии к вашему клиенту со стороны других также является улучшением. Ищите то, что вы можете обсудить с ним, даже если это лишь понравившаяся ему телепередача.

**Решение проблем.** Для всех расстройств, которые мы обсудили в этой главе, проблемно-ориентированный подход играет важную роль. Это относится и к депрессии. В целом, проблемой является настроение, и важно донести эту проблему до вашего пациента и разъяснить, что вы намереваетесь заняться этой трудной проблемой, с которой он боролся один, и теперь вы будете делать это вместе с целью победить ее.

**Депрессивное мышление.** Психическое заболевание, в данном случае депрессия, характеризуется изменениями в мышлении молодого человека. Его мысли становятся менее отчетливыми и точными, при этом

происходит генерализация случаев неудачи на всю жизнь в целом. Например, любой ребенок может получить плохую оценку за контрольную работу, если он плохо спал предыдущей ночью и плохо чувствовал себя. Для человека в депрессии эта мимолетная неудача может стать чрезвычайным событием. Он будет считать, что все кончено, это – катастрофа. Роль терапевта в этой ситуации состоит в том, чтобы оказать, прежде всего, эмоциональную поддержку и, во-вторых, обеспечить спокойный и детальный анализ того, что привело к кризису. Такое обсуждение может происходить следующим образом:

**Терапевт:** *«Я вижу, что это тебя очень расстроило. Давай посмотрим, что произошло.»*

**Подросток:** *«Да, это так. У меня ничего не получилось. Теперь все будут думать обо мне плохо.»*

**Терапевт:** *«А по сравнению с другими учениками в классе какой у тебя результат?»*

**Подросток:** *«Я был последним среди хорошистов.»*

**Терапевт:** *«А что такое “хорошисты”? Сколько человек в классе ты относишь к ним?»*

**Подросток:** *«Примерно каждого десятого из класса.»*

**Терапевт:** *«А другие никогда не получают низких оценок?»*

**Подросток:** *«Наверное, иногда получают.»*

**Терапевт:** *«А может быть, подождем следующей контрольной через 3 недели, прежде чем впасть в такое отчаяние?»*

**Подросток:** *«Наверное, да, но я все равно расстроен.»*

**Терапевт:** *«У нас есть время, чтобы еще обсудить это в следующие несколько недель. Давай сделаем это и посмотрим, как пойдут дела, когда ты успокоишься.»*

Терапевт вполне может полагать, что это - типичное перфекционистское мышление депрессивного человека, но вряд ли возможно добиться чего-либо, пытаясь ускорить приход клиента к такому заключению. В конечном счете, цель состоит в том, чтобы и пациент, и терапевт пришли к единому мнению относительно сверхвысказательного, самоуничижающего вывода. Дайте пациенту время подумать.

**Награда, которую получает пациент в результате успешного завершения задачи, согласованной с терапевтом (сопутствующая награда).** Как и в случае тревожных расстройств, награда может стать мощным мотивирующим фактором в терапии. Социальное поощрение можно легко организовать, и большинство детских психотерапевтов вырабатывают естественный стиль работы, который включает в себя такие формы поощрения. Полезной может быть и более формальная система поощрения, но она должна быть тщательно спланирована. Некоторые идеи в этом отношении можно найти в Главе 12.

## Свидетельства эффективности

Недавнее исследование показало, что когнитивно-поведенческая терапия является эффективным видом лечения подростковой депрессии, но обычно с одновременным назначением антидепрессантов группы СИОЗ (National Institute of Clinical Excellence. UK 2006). Имеются также свидетельства тому, что она является эффективной для лечения гиперкинетического расстройства.

### *Резюме Главы 13*

Когнитивно-поведенческая терапия – это ряд методик, основанных на поведенческой терапии, но включающих некоторые психодинамические принципы. В данной главе эти принципы изложены в виде логического целого и выстроены таким образом, чтобы их можно было применить для практического лечения интернализирующих и экстернализирующих расстройств.

### *Дополнительная литература*

1. *Lochman J. E., Whidby J. M. and Fitzgerald D. P. Cognitive Behavioural Assessment with Aggressive Children. P. 31–87. In: Philip C. Kendall (Ed). Child and Adolescent Therapy. Cognitive Behavioural Procedures. New York : Guildford, 2000.*

2. *Kendall P. C. Coping Cat Workbook. Ardmore PA Workbook Publishing, 1992.*

3. *Kendall P. C., Chu B. C., Pimentel S. S., and Chaudury M. Treating Anxiety Disorders in Youth. In: Philip C. Kendall (Ed). Child and Adolescent Therapy. Cognitive Behavioural Procedures. New York : Guildford, 2000. P. 235–287.*

4. *Beck A. Cognitive Therapy for Depression. John Wiley : Chichester, 1979. Хорошим руководством по интернализирующим расстройствам является:*

5. *Stallard Paul. Think Good – Feel Good: A Cognitive Behaviour Therapy. Workbook for Children and Young People. Chichester : Wiley, 2002.*

6. *Williams E. and Barlow R. Anger Control Training. Bicester. Oxford : Winslow, 1998.*

7. *Feidler E. L. Cognitive strategies in anger control interventions for children and adolescents. In: Kendall P. C. (ed). Child and Adolescent Therapy. Cognitive Behavioural Procedures, 1991. P. 66–97.*

8. *Verduyn C. Evidence-based interventions for depression: considerations in Using CBT. 2007.*

## ГЛАВА 14.

### СОВМЕСТНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ И ГРУППОВЫЕ ВИДЫ ТЕРАПИИ

Виды лечения, подпадающие под общий заголовок семейной или групповой терапии, кажутся привлекательными и многообещающими для многих врачей. В то же время, их трудно подогнать под одно определение, так как в реальной жизни они принимают различные формы.

Фактически вся терапия в детско-подростковой психиатрии должна предполагать вовлечение всей семьи, а также и других взрослых в окружении ребенка, например учителя, а если это дети, находящиеся на попечении государства, то тех, кто заботится о них в детском доме или в приемной семье. Одна из методик, которая стала весьма популярной в последние годы, идет в этом отношении еще дальше. Это совместная семейная терапия. Основная ее особенность заключается в том, что в центре лечения находятся межличностные отношения в семье и то, как они развиваются, в отличие от других видов терапии, где в центре внимания находится ребенок, несмотря на активное участие в его жизни родителей и учителей. Это связано с тем, что внутрисемейные отношения оказывают очень мощное влияние на социальное и эмоциональное развитие ребенка во благо или во зло. Согласно теории семейной терапии, силы, действующие внутри семьи, настолько сильны, что именно на них следует воздействовать, если цель состоит в том, чтобы улучшить состояние ребенка.

Помимо центрального положения семьи в воспитании детей в семейной терапии имеется еще один важный принцип: функционирование семьи в целом нельзя понять, рассматривая жизнь отдельных ее членов. В обычной практике на прием приходит один или, иногда, чуть больше членов семьи – тех, кто «действительно» имеет проблему и кто является причиной проблем семьи. Семейные психотерапевты говорят, что этот подход неверен. Они считают, что поведение членов семьи можно понять только в контексте семьи в целом. Поведение проблемного ребенка сформировалось под влиянием семейной системы. Следует изменить характер взаимоотношений в семье или так называемой системы семьи, чтобы помочь ребенку. Лейтмотивом семейной терапии является утверждение, что нельзя ничего понять о жизни семьи, исходя из предположения, что одно является причиной другого. Жизнь семьи и отношения в ней формируются под действием многочисленных сложных причин, влияющих на членов семьи и обусловленных влиянием окружающего мира. Убеждение, что следует работать с целой семьей, а не с отдельными индивидуумами в этом подходе настолько сильно, что ребенка, которого приводят с какой-то проблемой, называют «идентифицированным пациентом», а не просто «пациентом». Это подразумевает, что семейная

система нагрузила на одного человека все симптомы, связанные с более глубокой психологической проблемой всей семейной системы.

## Оценка

Семейная терапия имеет много вариаций в практике в зависимости от конкретного врача или школы семейной терапии. Некоторые исследователи разработали форму семейной поведенческой терапии, в которой используются, по сути, методы поведенческой терапии. Другие разработали то, что, по сути, является почти психодинамическим подходом. Однако системный подход, на котором основана семейная терапия, значительно отличается от них. Один из методов оценки уже был описан выше – «генограмма», представленная в Разделе 1. Хотя она очень полезна для понимания некоторых влияний между поколениями в семье и индивидуальных отношений в ней, наиболее полезным способом оценки семьи является проблемный анализ. (См., например, книгу Джей Хейли «Проблемно-центрированная семейная терапия»). Такие семейные психотерапевты принимают всех членов семьи вместе. С помощью искусно проводимого интервью они изучают взгляды каждого члена семьи на главную проблему и на любую другую проблему, которая будет высказана в ходе сеанса. Каждого члена семьи врач может спросить: «А вы что думаете? Считаете ли вы это проблемой?» Необходимы специальные методы интервьюирования, чтобы справиться с разнообразием ситуаций, которые возникают при интервьюировании семьи. Например, возможно, что «идентифицированным пациентом» является замкнутый, скупающий подросток. Врач может спросить других детей в семье, всегда ли их брат был таким, или действительно ли ему так все неинтересно? Цель на этой стадии состоит в том, чтобы выяснить, как члены семьи реагируют на проблемы, которые возникли у одного из ее членов. Врач продолжает проверять семью таким образом, задавая вопросы и стимулируя взаимодействие. При этом врач должен держать в голове систематическую картину структуры семьи. Например, его может интересовать, как семья решает проблему вспышек гнева, или насколько членам семьи позволено проявлять индивидуальность и насколько от них требуется быть одинаковыми, т. е. членами «счастливой семьи». Полезно также посмотреть на распределение ролей в семье, например, не выступает ли один из детей в роли родителя в семье с одним родителем, и если так, то не превышает ли эта задача уровня его развития? Или не выступает ли одна из дочерей в качестве своего рода сестры своей довольно незрелой матери, а не ее дочери? Часто все эти роли четко просматриваются. Далее следует вопрос, в какой мере проблема семейной системы связана с проблемой, с которой семья пришла в клинику?



Принимая семью и начав задавать ее членам вопросы об их проблемах, неопытный врач может быть ошеломлен даже простым количеством информации, обрушившейся на него из беседы, демонстрации эмоций, особенно отрицательных чувств, таких как гнев и отчаяние, и огромное, подавляющее количество невербальной информации и деструктивного поведения. В других случаях, когда семья некоммуникабельна и скрывает конфликт, взаимодействие в сеансе терапии может оказаться полностью замороженным.

## Терапия

В семейной терапии может применяться ряд методов, некоторые из которых уже были упомянуты выше. Одним из главных компонентов является домашняя работа. В конце каждого сеанса врач дает задание семье. Это может показаться весьма тривиальным, но задание должно иметь глубинную цель. В одном случае, например, когда на прием пришел отец мальчика, страдающего от множества фобий, оказалось, что он обычно выпивал с друзьями после работы. Между родителями немедленно вспыхивала ссора, что отравляло атмосферу семьи на весь оставшийся вечер. В ходе терапии врач предложил отцу в течение одной недели приходить домой трезвым. Жена согласилась не делать каких-либо критических замечаний при его возвращении. Они должны были сидеть спокойно вместе в течение двадцати минут, прежде чем делать что-либо. В этом случае результат оказался чрезвычайно эффективным, и пара смогла возродить взаимную любовь.

Можно также использовать метод «заключения договора на случай» (contingency contracting). В этом случае пару просто спрашивают, что каждый из них хотел бы, чтобы другой делал для него. Заключается договор, который даже может быть составлен в письменной форме. Весьма тривиальные задачи для партнера или ребенка здесь могут оказать эффект, который окажется непропорционально большим по сравнению с заданием, потому что они покажут, что члены семьи любят друг друга и готовы пожертвовать собой ради другого.

Можно было бы описать и другие приемы, используемые в этой очень интересной форме терапии. Возможно, практический пример может связать эту методику с жизнью.

## Отец в роли матери

В клинику обратилась семья F. – семейная пара с 9-летней умственно отсталой дочерью и 6-летним сыном. Отец – грек по происхождению – был безработным автомехаником, и семья жила на пособие по безработице. Они жаловались на деструктивное поведение их малень-

кой девочки-инвалида и ее ужасные длительные истерики и вопли всякий раз, когда делались попытки контролировать ее поведение. Девочка была известна службе по работе с умственно отсталыми и хорошо успевала в специальной школе. В ее поведении присутствовало множество аутистических особенностей, например, она размахивала руками при возбуждении или беспокойстве, но в целом она весьма хорошо контактировала с окружением и освоила полезный объем языка.

Первый сеанс с семьей был хаотичным, сопровождался непрерывными воплями и истериками идентифицированной пациентки и явным неповиновением и гиперактивностью 6-летнего мальчика, который, испытывая тревогу, постоянно пытался выбежать из кабинета. По ходу сеанса врач начал замечать значительное различие в том, как родители обращались с детьми. Мать делала попытку дисциплинировать их, но ее действия постоянно наталкивались на «подрывные» действия отца, который успокаивал и потакал детям при любом проявлении у них боли или расстройства. Второй сеанс был более спокойным, и врач смог провести систематическое изучение семьи. Именно в ходе изучения семьи была выявлена более полная картина ее функционирования как системы. Оказалось, что, будучи безработным, отец плохо владел письменным английским и не имел друзей в местной замкнутой среде английского рабочего класса. Когда возникали трудности в семейной жизни, которые при наличии таких проблем с детьми, были частыми, мать брала детей и уходила к матери, таким образом еще более усиливая изоляцию отца. Далее в ходе собеседования было установлено, что мать принижала роль отца в воспитании детей: «Он не способен измениться, и мне приходится быть и отцом». Доброта отца и его забота о детях не знала границ. Например, он часто вставал ночью, чтобы успокоить их, готовил им горячее питье и еду. Он был очень теплым и непосредственным человеком. Он говорил, что не может позволить себе расстраиваться, и постоянно пытался развеселить жену. Несмотря на это, легко можно было увидеть, что в глубине души он несчастен. К сожалению, его реакция вызывала у матери еще большее чувство одиночества в выполнении ею своих обязанностей, так как она интерпретировала его улыбки и юмор как свидетельство его природной детскости. Она чувствовала себя подавленно, переела, и хотя была все еще молодой, имела серьезные проблемы с весом.

Многочисленные проблемы этой семьи и отношения в ней были отчетливо видны. Нельзя было выделить какую-то отдельную причину – ни инвалидность, ни безработицу, ни социальную изоляцию отца или его личность, ни отчаяние матери. Но эта семья имела много сильных сторон: сердечность и юмор, привязанность друг к другу, умение заботиться о детях. Если бы они смогли преодолеть свои трудности, все могло бы измениться к лучшему. Отца предстояло вывести из его роли «хорошего парня» и любящего веселье, но по сути безответственного игрового родителя, и помочь ему взять большую ответственность на себя.

Следует сказать, что мать не совсем поддерживала эту идею, так как она придавала большое значение своей способности быть сильной матерью и хозяйкой дома. Отец, как бы одинок он ни был, должен был отказаться от формы самоуспокоения в виде популярности у своих детей и взять на себя часть обязанности по обеспечению дисциплины.

Все эти изменения были достигнуты, так как семья была заинтересована в этом и имела здоровое семейное начало.

### **Свидетельства эффективности**

Существует не так много исследований в этой области, возможно, потому что в традиции семейной терапии отсутствует импульс к дальнейшим исследованиям. Кое-какие исследования все же были проведены. К ним относится, например, важное исследование Szacoczniak et al (1989) по подросткам, употребляющим наркотики (см. далее раздел о наркомании). В данном исследовании было проведено сравнение семейной терапии с индивидуальной терапией и контрольной группой, не получавшей никакого лечения. После лечения и группа индивидуальной терапии, и группа семейной терапии продемонстрировали улучшения как в плане индивидуального, так и семейного функционирования. При последующем наблюдении, однако, было выявлено, что именно в группе, где проводилась семейная терапия, улучшения были более устойчивыми, а в группе индивидуальной терапии произошло ухудшение. Положительные результаты были получены и в более раннем исследовании среди малолетних правонарушителей (Alexander and Parsons 1982).

### **Групповая терапия**

В любом обществе дети растут среди людей: они ходят в детский сад и в школу, часто имеют хобби, которые предполагают групповые действия, например, спорт. Во многих странах дети посещают летние лагеря, и, конечно же, существует наиболее важная группа в отношении всех аспектов влияния на развитие – их семья. Группа стала предметом многих исследований. Одной из тем таких исследований было выяснение влияния группы на человека. Результаты этих исследований имеют прямое отношение к терапии. Одна из особенностей человеческой группы заключается в том, что она несет в себе набор социальных ценностей. Например, в группе военных ожидают, что солдат будет драться смело, когда его страна окажется в опасности. Трусость осуждается. Соответственно, поведение индивидуумов в группе меняется в соответствии с ожидаемой нормой. Солдат не всегда может быть храбрым, однако группа в его части или отряде влияет на его установки.

Некоторые группы оказывают очень большое влияние на своих членов, другие влияют в меньшей степени. Это зависит от того, является ли группа важной для индивидуума, и находит ли индивидуум приятным нахождение в данной группе. Например, школьная группа не всегда привлекательна для некоторых учеников, и в этом случае она не оказывает особого влияния на их поведение. Это может иметь место в «плохих» школах, как было описано выше в разделе об образовании. Ученики легко могут уклоняться от посещения школы, и у них даже может сформироваться «антишкольная» культура, которая будет более привлекательной для них, чем формальная школьная культура. Трудно представить себе что-либо худшее с точки зрения влияния на желание и способность детей учиться!

Групповая психотерапия с детьми и подростками может иметь несколько целей. Во-первых, она может быть более экономичным путем проведения терапии для нескольких детей и подростков одновременно. В этом случае врач может концентрировать внимание на каждом члене группы по очереди и проводить с ними работу, представляющую собой, по сути, индивидуальную терапию. Во-вторых, терапия может проводиться в форме дидактического урока. Этот подход является обычным в работе с малолетними преступниками для обучения их контролю своей агрессии или с теми, кто совершил правонарушения сексуального характера. В-третьих, группа может состоять из детей или подростков, имеющих одну общую проблему. Типичным примером здесь являются жертвы сексуального насилия. Такая группа может принести большую пользу. Например, в группе девочки-подростки могут впервые узнать, что они – не единственные, кто пострадал от сексуального насилия, и они могут узнать друг у друга, как каждый из членов группы справился с этим, и как им удалось выстроить счастливую и удовлетворяющую их жизнь и отношения с противоположным полом (включая сексуальные отношения) несмотря на то, что с ними случилось.

Многие из представленных выше терапевтических подходов могут применяться как в группах, так и индивидуально. Это относится и к динамической, и к поведенческой, и к когнитивной терапии. Групповая терапия имеет свои преимущества и недостатки. Опыт показывает, что групповая терапия не экономит время или деньги. Группы трудно сформировать, и групповая работа требует непрерывных усилий по обеспечению регулярного посещения терапии молодыми пациентами. Групповая терапия также более трудна, потому что наряду с навыками и умениями индивидуальной поведенческой терапии или динамической терапии терапевт должен понимать группу и быть способным работать более чем с одним пациентом одновременно!

С другой стороны, те, кто готов попробовать этот метод, могут получить большие преимущества по сравнению с индивидуальной терапией. Например, как говорилось выше, группы могут помочь детям увидеть,

что они не одиноки в своей проблеме, и что они – не «уроды». Дети также могут почувствовать удовлетворение от помощи другим членам группы, что поможет улучшить их способность завязывать дружбу через установление дружеских контактов в группе.

Подростковые группы могут работать очень хорошо, если есть какая-то деятельность или программа действий, которая отвлекает внимание от них как «имеющих проблему». Такая работа может проводиться в форме клуба, где можно играть, например, в настольный теннис или бильярд. Следует поощрять соблюдение конфиденциальности подростками относительно того, что говорится в группе, чтобы они не сплетничали с другими детьми о тайнах членов группы.

### **Свидетельства эффективности**

Групповая работа с детьми и подростками часто воспринимается как удобная форма организации помощи, а не как важный компонент терапии. Много эффективных видов терапии проводится в условиях группы, но специфический компонент, характерный для работы с группой, часто игнорируется. По этой причине не так много можно сказать об эффекте влияния группы, о роли групповой связи или лояльности к группе или отдельным членам группы. Групповые чувства большой силы и постоянства, такие как любовь, верность, ненависть и предательство, конечно же, всегда встречаются в семьях, и необходимы специфические умения и навыки и преданность делу, чтобы работать в этой области. Исследования не помогли выявить каких-либо эффективных методов лечения в этой области, возможно, потому что групповую терапию проводить особенно трудно.

### ***Резюме Главы 14***

Групповые и семейные подходы в терапии детских и подростковых проблем являются на интуитивном уровне привлекательными и эффективными. Они не подвергались такому же интенсивному исследованию, как индивидуальные формы терапии. В данной главе были описаны некоторые индивидуальные случаи применения этих двух видов терапии, которые, как представляется, являются перспективными в плане эффективности.

### ***Дополнительная литература***

1. *Rose S.* Group Therapy with Troubled Youth. A Cognitive-Behavioural Interactive Approach. Thousand Oaks, CA : Sage, 1998.
2. *Haley J.* Problem-Solving Therapy. San Francisco : Jossey Bass, 1976.

## ГЛАВА 15.

### ФАРМАКОТЕРАПИЯ

В данной главе будут изложены некоторые общие принципы фармакотерапии. Представлены также показания к применению каждого из широко используемых препаратов, их побочные эффекты и дозировка. Читателю рекомендуется уточнять точную дозировку и детали назначения препаратов индивидуально. Более детально применение лекарственных препаратов в связи с другими аспектами клинического плана лечения будет описано в соответствующих главах Части 4, посвященной лечению наиболее широко распространенных расстройств.

Использование лекарственных средств в детско-подростковой психиатрии вызвало много дебатов в Великобритании и других западных странах. Некоторые специалисты считают, что медикаментозное лечение в этой области, как и в психиатрии вообще, играет важную роль. Очевидно, что этот подход верен только частично, так как имеются наглядные примеры того, что дети реагируют на психоактивные вещества не так, как взрослые, например, на церебральные стимуляторы.

С другой стороны, некоторые детские психиатры (по крайней мере, в Великобритании) впадают в другую крайность и принципиально не используют лекарственные средства вообще. Представляется абсурдным игнорировать медикаментозное лечение «из принципа». Обеспокоенность врачей действием лекарственных средств на развивающийся мозг и последствия приема лекарств для формирования чувства уверенности в себе и личной независимости ребенка являются, конечно же, чрезвычайно важными вопросами, которые необходимо исследовать. Но они не имеют ничего общего с догматическим утверждением, что «лекарства – это плохо».

Равным образом важной и распространенной ошибкой является отказ от тщательного изучения возможностей применения лекарственных средств и их бездумное неизбирательное назначение. Современная детская психиатрия должна опираться на доказательную базу. Журнал «Bandolier» ([www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier](http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier) <<http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier>>) предлагает 5-уровневую оценку свидетельств эффективности лекарственных средств для лечения точно диагностированного расстройства:

Тип 1 – по крайней мере один хороший систематический обзор, включая одно рандомизированное контролируемое испытание.

Тип 2 – по крайней мере одно хорошее рандомизированное контролируемое испытание.

Тип 3 – по крайней мере одно хорошо разработанное интервенционное исследование без рандомизации.

Тип 4 – по крайней мере одно хорошо разработанное наблюдательное исследование.

Тип 5 – экспертное заключение, включая мнение потребителей услуг.

В практической работе родители и, если уместно, ребенок или подросток должны получить консультацию относительно приема лекарственных средств и полную информацию об ожидаемых результатах и возможных рисках. Они должны быть предупреждены о необходимости безопасного хранения лекарственных средств вне пределов досягаемости детей, чтобы избежать случайного отравления или неправильного употребления. Врач, назначающий какой-либо препарат, должен быть знаком с современной литературой и другими источниками информации об этом препарате. В данной главе мы описываем только общие принципы.

Если назначение препаратов необходимо, это должно стать частью общего плана лечения. У некоторых детей может наблюдаться удивительное и немедленное улучшение. В таких случаях психиатр должен быть готов к тому, что он видит эффект плацебо. Хорошим примером здесь являются антидепрессанты. Например, при использовании трициклических антидепрессантов терапевтический эффект может наблюдаться через 3 недели, и родители должны быть подготовлены к этому. К немедленному эффекту следует отнестись с подозрением, так как очень часто он быстро исчезает.

Воздействие лекарственных средств легче контролировать, чем результаты психологического лечения. Существует много разнообразных анкет, которые могут помочь установить (наряду с отчетами учителей, родителей и других людей), дает ли конкретный препарат положительный результат. В некоторых случаях следует осуществить физиологический контроль. Например, трициклические антидепрессанты оказывают прямой кардиотоксический эффект. По крайней мере, если у пациента подозревается заболевание сердца, следует назначить ЭКГ. В других случаях необходим регулярный контроль уровня препарата в крови. Наиболее важным примером в этом плане является терапия препаратами лития, которые иногда назначаются детям и подросткам для профилактики биполярных расстройств или стабилизации настроения. (В России назначение препаратов лития детям и подросткам противопоказано.)

В детской психиатрии обычно используются следующие виды лекарственных средств: стимуляторы типа метилфенидата или амфетамина (следует отметить, что использование данных полезных психостимуляторов в России запрещено), антидепрессанты, антипсихотические средства и антифобийные средства. Ниже приводится их описание.

### **Психостимуляторы (метилфенидат и амфетамин)**

Как было показано во многих исследованиях, психостимуляторы (церебральные стимуляторы) эффективны по сравнению с плацебо в решении проблем невнимательности и гиперактивности у детей с гипер-

кинетическими расстройствами. Тяжесть симптоматики должна быть на уровне, ясно показывающем, что расстройство препятствует развитию ребенка, например, разрушает отношения ребенка с людьми или препятствует успеваемости в школе. Положительный эффект проявляется не только в снижении невнимательности, но и в улучшении внимания. Чем выше уровень гиперактивности, тем больше вероятность клинически значимого эффекта.

В некоторых странах, включая Россию, психостимуляторы не используются по причине репутации амфетаминов как наркотика, который может использоваться в немедицинских целях. Систематические исследования показывают, что это не так, но в отдельных случаях следует очень серьезно относиться к любым тревожным признакам.

Метилфенидат в дозировке 0,3–0,7 мг/кг веса тела/день (максимум 1,2 мг/кг/день) или декстро-амфетамин в половинной дозировке от вышеуказанной являются лекарственными средствами первого выбора в лечении гиперкинетического расстройства. Положительный эффект этих препаратов заключается в улучшении концентрации при выполнении когнитивных задач и в улучшении результатов решения задач на внимание и точность с использованием карандаша и бумаги для оценки тонкой моторики, например, тест «Лабиринт Портеуса» (Porteus Maze). Улучшаются также отношения с другими людьми, включая сверстников и взрослых. Эффект весьма краткосрочен, но возможно использовать и препараты более длительного действия.

Недавние исследования, однако, выявили ограниченность терапевтического эффекта церебральных стимуляторов для лечения гиперкинетического расстройства. Они часто используются для длительной терапии данного расстройства, но теперь стало ясно, что улучшения, достигаемые на ранних этапах лечения, не являются длительно устойчивыми. Врач должен также осознавать, что улучшение поведения не подразумевает, что у ребенка также улучшается успеваемость в школе. Эти результаты следует знать и доводить до сведения детей и родителей.

**Побочные эффекты** включают депрессию, тики (которые могут значительно усилиться, если они присутствовали до приема препарата), анорексию, бессонницу и, возможно, задержку роста. Опасения в отношении приема этих препаратов для немедицинских целей не нашли подтверждения в исследованиях, но здравый смысл говорит, что такое их использование иногда возможно.

Врачам, планирующим использовать эти препараты, следует более детально познакомиться с описанием их действия. Так как эти препараты не применяются в России, а объем этой книги ограничен, мы ограничимся вышеприведенной информацией. Хороший обзор современной практики их применения можно найти в (Santosh and Taylor 2000).



## **Другие лекарственные средства для лечения гиперкинетического синдрома**

Психостимуляторы являются препаратами первого выбора для лечения гиперкинетического синдрома, но если их нет, или возникают неприемлемые побочные эффекты, для них имеются альтернативы.

**Трициклические антидепрессанты** обладают широким диапазоном действия, включая влияние на систему транспорта дофамина подобно амфетаминам. Клинические испытания с использованием нортриптилина показали, что они могут быть такими же эффективными, как и церебральные стимуляторы, и в одном исследовании его положительный эффект наблюдался и при контроле через год (Biederman and Spencer 2000). Значительным преимуществом трициклических антидепрессантов по сравнению со стимуляторами является их более длительный эффект. При лечении гиперкинетического расстройства был выявлен такой же период скрытого эффекта, как и при лечении депрессии у взрослых с использованием трициклических антидепрессантов (Biederman et al 1989). Для лечения нортриптилином может использоваться доза до 2 мг/кг/день. Были случаи смертельного исхода от применения трициклических антидепрессантов для лечения гиперкинетического синдрома вследствие их воздействия на сердце. Важно провести тщательное исследование на наличие заболеваний сердца, если предполагается применение этих препаратов, особенно с учетом того, что лечение гиперкинетического синдрома с их применением часто длится несколько лет. Применение имипрамина следует ограничить дозой до 50 мг в день в зависимости от веса тела ребенка (Taylor 1994).

**Немолин магния** был альтернативой с замедленным действием, но **он был исключен из лечебной практики в Великобритании** после нескольких тяжелых случаев вредного воздействия на печень. В России данный препарат не используется.

### **«Традиционные» нейролептические препараты. Ранний психоз (шизофрения).**

Существует очень мало исследований традиционных нейролептиков и их эффективности для лечения раннего психоза. Галоперидол был проверен в рамках достаточно серьезных испытаний, и, в целом, была показана его большая эффективность по сравнению с плацебо (Gillberg 2000). Рекомендуется назначать галоперидол в качестве препарата первого выбора при раннем психозе при дозе 0,02–0,12 мг/кг веса тела/день. Если галоперидол не помогает, следует попробовать назначение какого-либо из новых антипсихотических препаратов.

## Тики и синдром Туретта

Галоперидол часто используется для лечения этих расстройств, хотя в сравнительных испытаниях были получены твердые клинические доказательства, что пимозид является более эффективным (Robertson and Stern 2000). К побочным эффектам пимозида относятся седативный эффект, увеличение веса тела, депрессия и экстрапирамидные симптомы, но в целом побочные эффекты менее неприятны, чем при приеме галоперидола. Было установлено, что прием пимозида сопровождается изменениями в электрокардиограмме, что указывает на необходимость быть осторожным при назначении этого препарата детям с какими-либо кардиологическими проблемами.

Альтернативным препаратом с другим эффектом и меньшим количеством опасных побочных эффектов является клонидин (Leckman et al 1991).

### «Новые» антипсихотические препараты

К этим препаратам относятся клозапин, оланзапин и рисперидон. Они широко используются для лечения подростковых психозов. Ниже описываются характеристики клозапина, после чего приводятся краткие замечания об остальных препаратах.

#### Клозапин

Клозапин появился в 1972 году, но после того, как был выявлен его эффект подавления функций костного мозга в 2 % случаев, этот препарат не употреблялся широко до тех пор, пока не были разработаны эффективные протоколы контроля содержания препарата в крови.

**Эффективность.** Этот препарат исследован лучше других атипичных нейролептиков в отношении эффективности лечения ранней шизофрении. Его действие значительно отличается от действия традиционных нейролептиков. В частности, он обладает гораздо меньшим эффектом блокирования дофамина и более существенным эффектом блокирования 5НТ. Препарат оказался более эффективным в лечении психозов у подростков как в остром периоде, так и при длительном лечении.

Было проведено несколько открытых и одно двойное слепое исследование эффективности клозапина для лечения подростков (Remschmidt 2000). Двойное слепое исследование (Kumra et al 1996) показало, что клозапин более эффективен, чем галоперидол по всему спектру симптомов, включая такие классические «положительные» симптомы как бред и галлюцинации и «отрицательные» симптомы, т. е. отсутствие мотивации и социальная замкнутость.

Рекомендуемая доза для подростков составляет от 100 до 600 мг в день, начиная с 12,5 мг в первый день с последующим постепенным увеличением дозы на 25–50 мг в день до 200–450 мг в день. Remschmidt et al (2000) рекомендуют поддерживать уровень препарата в сыворотке крови на уровне примерно 100–400 нгм/мл<sup>1</sup>. Считается, что более высокая доза может вызвать более серьезные побочные эффекты без получения дополнительного терапевтического эффекта.

### **Показания и противопоказания к применению новых нейролептиков**

Шизофрения является первым показанием для назначения любого из указанных трех препаратов в детском и подростковом возрасте (Remschmidt et al 2000). В большинстве стран их назначение рекомендуется только тогда, когда один или два нейролептика из предыдущего поколения нейролептиков не дали эффекта после пробного приема в течение 4–6 недель. Главным преимуществом этих трех препаратов является отсутствие экстрапирамидного эффекта. К другим общим для всех трех препаратов противопоказаниям относятся интоксикация при приеме седативных средств, будь то в медицинских или немедицинских целях, и любое подозрение на проблемы с кровью (особенно при назначении клозапина). Рекомендуется перед лечением провести анализ крови, особенно в случае назначения клозапина. Кроме того, следует осуществлять постоянный контроль за уровнем препарата в крови, особенно для клозапина.

**Абсолютные противопоказания против назначения клозапина** включают в себя серьезные заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, желудочно-кишечного тракта или почек, атония кишечника или резистентная эпилепсия.

**Относительные противопоказания против назначения клозапина** включают в себя глаукому, параллельный прием других лекарств, которые вызывают лейкопению, беременность и прием других нейролептиков трициклического типа.

**Побочные эффекты.** Могут наблюдаться экстрапирамидные побочные эффекты, но в значительно меньшей степени, чем при приеме галоперидола. С другой стороны, серьезной проблемой является дискразия крови у 2 % пациентов, принимающих клозапин. Поэтому необходимо регулярно осуществлять анализ крови на лейкоциты и тромбоциты. Первые признаки гематологических побочных эффектов часто проявляются в виде простуды. Другие побочные эффекты включают в себя высокую температуру, усталость и мышечные боли, бред и акатизию, особенно если доза увеличивается быстро до высокого уровня.

---

<sup>1</sup> нгм/мл = нанограмм на миллилитр = 1грамм<sup>9</sup>/мл.

## Оланзапин

Этот препарат структурно напоминает клозапин и имеет некоторые схожие с ним терапевтические качества. Небольшое число открытых испытаний дали многообещающие результаты, но необходимо проведение соответствующих контролируемых испытаний.

Подросткам рекомендуется доза 7,5–12,5 мг в день (Remschmidt et al 2000). Диапазон уровня препарата в крови для взрослых составляет 5–70 нгм/мл при дозе 2,5–17,5 мг в день. Двойные слепые испытания препарата не проводились, и его эффективность оценивается как невысокая (Remschmidt et al 2000). В России назначение данного препарата пациентам в возрасте до 18 лет запрещено.

## Рisperидон

Этот препарат имеет другую структуру по сравнению с упомянутыми выше. Пока еще проведено мало испытаний этого препарата, а двойные слепые контролируемые испытания не проводились вовсе.

Рекомендуемая начальная доза составляет 2 мг в день с повышением до 6 мг в день на третий день. Терапевтическая доза 6 мг/день ассоциируется с уровнем в сыворотке крови 20–60 нгм/мл.

**Побочные эффекты.** Рисперидон обладает некоторым экстрапирамидным эффектом, который характерен для нейролептиков старшего поколения, но не в той степени. На основе открытых испытаний было высказано мнение, что этот препарат менее эффективен, чем Клозапин. Другие считают, что он сопоставим с ним по эффективности.

## Трициклические антидепрессанты

Эти препараты считаются стандартными для лечения депрессивных расстройств у взрослых, но в детско-подростковой психиатрии не было возможности подтвердить такую же эффективность в лечении депрессии. Это может быть обусловлено тем, что проведенные клинические испытания были выполнены с участием небольшого числа пациентов. Наблюдается также очень большой эффект плацебо, который может маскировать положительные результаты. С учетом широко объявленных фармакологических результатов было заявлено о том, что трициклические лекарственные средства эффективны для лечения нескольких расстройств. Лечение депрессии может быть включено в этот список с соблюдением мер предосторожности только в тех случаях, когда другие виды лечения не помогают.

Использование трициклических антидепрессантов для лечения гиперкинетического расстройства было упомянуто выше. Они не имеют никаких преимуществ по сравнению с церебральными стимуляторами, но позволяют избежать риска их употребления в немедицинских целях. Они также обладают более длительным сроком действия, что позволяет избежать необходимости принимать их во время занятий в школе. Они обладают большим количеством побочных эффектов, один из которых особенно серьезен, а именно: кардиотоксический эффект, который наблюдается при лечении детей. Хотя в некоторых случаях, когда прием препарата привел к смерти, у детей уже имелись заболевания сердца, в других случаях таких заболеваний не было, поэтому предварительное обследование не может являться гарантией безопасности. Типичными признаками токсического воздействия является укорочение интервала P-R до менее 120 мсек или комплекса QRS до менее 120 мсек. Хорошо известны и многие другие побочные эффекты, такие как нарушения аккомодации глаза, сухость во рту, запоры и сонливость. Ребенка и семью следует предупредить заранее о возможных побочных эффектах. Распространенным явлением также является постуральная гипотензия.

Особую осторожность следует проявлять в тех случаях, когда в анамнезе семьи присутствует эпилепсия. Трициклические антидепрессанты могут понизить судорожный порог у детей с эпилепсией.

Электроэнцефалограмма по эпилептическому типу должна насторожить врача, указывая на необходимость проявления осторожности и наблюдения у специалиста.

Следует избегать резкой отмены трициклических антидепрессантов, так как это может иметь эффект рикошета с ухудшением депрессии. Назначение антидепрессантов следует избегать на маниакальной стадии биполярного расстройства.

Препарат взаимодействует со многими другими лекарственными средствами, в частности с антиаритмическими средствами, анестетиками, гипотензивными препаратами, алкоголем, антиконвульсантами, антигистаминными препаратами, гипотензивными антипсихотическими средствами, анксиолитиками и снотворными препаратами, бета-блокаторами, диуретиками, мышечными релаксантами, и это еще не весь список.

**Имипрамин** эффективен при лечении энуреза, но после прекращения приема препарата почти всегда происходит рецидив. Часто энурез не долечивается. Начальная доза имипрамина должна составлять 1,0 мг на кг веса тела, но она может быть постепенно увеличена до 2,5 мг на кг при абсолютном верхнем пределе 5 мг на кг (Mikkelsen and Rapoport 1980). Следует также помнить, что другие методы лечения энуреза также могут быть эффективными, например метод «будильника и пеленки» (см. Раздел 4), которые позволяют избежать необходимости приема лекарственных средств, но требуют высокого уровня сотрудничества от пациента и семьи. Как будет описано ниже, лекарственные средства

иногда дают серьезные побочные эффекты, и следует учитывать этику назначения препарата, приносящего лишь временный эффект. Это не подразумевает, однако, что их не следует назначать вообще.

**Кломипрамин**, как было установлено в двух двойных слепых исследованиях, эффективен для лечения обсессивно-компульсивных расстройств (Flament et al. 1985; De Veugh-Geiss et al. 1992). Кломипрамин обладает специфическим действием и оценивается выше дезипрамина (Leonard et al 1989).

Кломипрамин, как показало еще одно исследование, также помогает добиться снижения навязчивого ритуального поведения при аутизме, но лекарственная терапия в целом не рекомендуется для лечения этого или других устойчивых расстройств развития. Иногда, однако, применение медикаментозного лечения для лечения этой разнообразной и трудной группы расстройств оправдано в случае повышенной агрессивности или склонности к аутоагрессии.

### **Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗ)**

Как было установлено в недавнем клиническом контролируемом исследовании, эти средства эффективны для лечения депрессии у детей и подростков в возрасте 8–18 лет (Emslie Rush and Weinberg 1997).

Лечение обсессивно-компульсивного расстройства при помощи СИОЗ исследовано лучше при положительных результатах по сравнению с плацебо в целом ряде клинических испытаний (Riddle et al. 1992).

Другие ритуальные формы поведения, например у детей с аутизмом, могут также быть смягчены при помощи СИОЗ, но этот эффект не получил хорошего подтверждения в случае обсессивно-компульсивного расстройства.

Препараты группы СИОЗ могут применяться для лечения элективного мутизма. Они были испытаны для лечения ряда других состояний, включая гиперкинетический синдром, но оказались неэффективными в лечении этих расстройств.

### **Отрицательные эффекты СИОЗ**

Результаты исследований по детям и подросткам показали, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина имеют три типа побочных эффектов: возбуждение или гипомания, проблемы сна и расстройства ЖКТ.

Наиболее серьезным побочным эффектом при лечении детской и подростковой депрессии является усиление суицидальной направлен-

ности мышления. Это означает, что прием этих препаратов должен проходить при тщательном наблюдении. Британский национальный институт клинического мастерства (NICE) рекомендует один из нескольких препаратов как СИОЗ первого выбора. Это флуоксетин.

Разрабатываются другие нетрициклические антидепрессанты, но ни один из них пока не достиг уровня практического применения для лечения детей.

Взаимодействие с другими препаратами имеет место, но не в той мере, как в случае трициклических средств. Они взаимодействуют с антикоагулянтами, другими антидепрессантами, антиконвульсантами, бета-блокаторами и дофаминергическими средствами.

### **Анксиолитки**

Эти лекарственные средства часто назначаются пациентам всех возрастных групп, включая детей. Доказательств их эффективности для лечения детей на самом деле не существует, если судить по научно-исследовательской литературе. Главная группа препаратов, которые используются в настоящее время – это бензодиазепины. Их следует использовать только в случае краткосрочных кризисов, например, при проведении медицинской процедуры, которая вызывает страх у ребенка. Для более длительного лечения предпочтительны методы поведенческой терапии.

### **Стабилизаторы настроения**

**Литий.** Этот препарат хорошо известен как стабилизатор настроения при биполярном расстройстве у взрослых – он используется как для лечения, так и для профилактики биполярных расстройств. Эффективность лечения униполярной депрессии менее твердо доказана. Длительное применение лития в качестве профилактического средства следует, вероятно, ограничить случаями, когда в истории болезни присутствуют два или более эпизодов биполярного расстройства.

В одном двойном слепом клиническом испытании с участием подростков был выявлен положительный результат при краткосрочном применении.

Литий разрешен для лечения детей с 12-летнего возраста Администрацией США по лекарствам и продуктам питания. Дети младшего возраста могут испытывать больше побочных эффектов (Green 1996). В России данный препарат запрещено назначать пациентам младше 18 лет.

Неконтролируемые испытания показали, что эффективность трициклических антидепрессантов может усиливаться при сочетании их с литием. Однако это утверждение может быть спорным в отношении

детей, так как не была доказана эффективность самих трициклических антидепрессантов для их лечения.

Открытые испытания показали, что литий может быть эффективен для лечения агрессии у детей, особенно у детей с умственной отсталостью и неврологическими расстройствами (Campbell et al. 1984). Наличие потенциальных побочных эффектов у препарата означает, что необходим частый контроль и регулярные проверки фактической эффективности препарата. Если в результате достаточной проверки полезность препарата не установлена, его прием следует прекратить.

Начальная доза для взрослых обычно составляет 0,4–0,8 г карбоната лития ежедневно. Уровень лития в крови должен быть от 0,4 до 0,8 ммоль на литр. Кровь следует брать через 12 часов после приема последней дозы, обычно утром до приема утренней дозы лития. Контроль содержания в крови сначала следует проводить еженедельно, постепенно снижая до одного раза в 3–4 недели по мере стабилизации приема препарата. Фармакологические эффекты лития сложны, и следует учесть возможность множества нежелательных эффектов. Перед началом лечения следует оценить почечную функцию по уровню креатинина в сыворотке, и следует измерить уровень натрия в сыворотке крови, так как экскреция натрия и лития взаимосвязаны. Девушкам с вероятностью возникновения беременности следует порекомендовать применение контрацептивов, хотя имеются только описательные свидетельства риска врожденных отклонений. Хотя пациент может по возрасту выйти из компетенции подросткового психиатра, важно учитывать долгосрочные результаты литиевой терапии и предупредить пациента, что при эффективности лечения оно может потребовать длительного времени с целью обеспечения контроля над болезнью.

### Побочные эффекты лития

Обычные побочные эффекты включают тошноту, диарею, тремор, энурез и ночное недержание, а также общее недомогание. При употреблении лития различие между терапевтической и токсической дозой (так называемый «терапевтический индекс») невелико. По этой причине и по причине серьезности некоторых из побочных эффектов дозировка должна быть тщательно подобрана при регулярном контроле уровня в крови. Менее обычными, но более серьезными побочными эффектами являются воздействие на почки, щитовидную железу и сердечно-сосудистую систему. Также имеются свидетельства изменения веса и диабета, поэтому перед началом лечения желательно проверить функцию щитовидной железы.

**Карбамазепин**, как было установлено, полезен в качестве стабилизатора настроения у взрослых, но имеющиеся немногочисленные исследования по детям не рекомендуют его применения для лечения биполярных



расстройств или агрессии. Кроме того, он обычно вызывает побочные эффекты. При этом в России карбамазепин довольно широко применяется в детском возрасте в качестве стабилизатора настроения.

### ***Резюме Главы 15***

Фармакотерапия занимает прочное место в детско-подростковой психиатрии, но пока ее роль не является такой большой как в общей психиатрии. Одной из проблем является распространенное мнение в фармацевтической промышленности, что разработка фармакотерапии для детей – это «плохо». Имеется понятное, но неконструктивное предубеждение против «наркотизации детей», которое не учитывает, что такие дети имеют проблемы психического здоровья, которые вредят их развитию, а в некоторых случаях представляют угрозу их жизни. Возможно, по мере повышения эффективности лекарственных средств они будут играть большую роль в фармакотерапии.

### **Свидетельства эффективности**

Эффективность препаратов описана выше в данной главе, а ниже приводится дополнительная англоязычная литература по этой теме.

В других странах, включая Россию, следует руководствоваться местными стандартами в отношении номенклатуры и дозировки при назначении детям любых лекарственных средств.

### ***Дополнительная литература***

1. *Heyman I. and Santosh P.* Pharmacological and other Physical Treatments In: Rutter M. and Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry Oxford : Blackwell, 2002.

2. National Institute of Clinical Excellence (Национальный Институт Клинического Мастерства). [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) <<http://www.nice.org.uk>>

*Это британское учреждение является центральным ведомством в оценке методов лечения по всем медицинским специальностям в Великобритании. В детской психиатрии предстоит оценить методы лечения гиперкинетического расстройства и депрессии. В настоящее время в центре внимания находится работа по оценке методов лечения ожирения.*

## ГЛАВА 16.

### ТЯЖЕЛЫЕ РАССТРОЙСТВА: ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В РОССИИ

*Авторы: Лариса Борисова, Ольга Малахова, Лариса Парадеева, Анатолий Прокотьев, Наталья Спиридонова и Рори Никол.*

В недавней истории стран бывшего Советского Союза более распространенной формой лечения был стационар. Многие дети, направляемые здесь в стационары, в западных странах лечились бы на амбулаторной основе. По сравнению с западными странами на детско-подростковое население России приходилось примерно в десять раз больше коек. Российская детская психиатрия отличалась хорошим качеством с точки зрения оценки случаев, но специалисты не уделяли должного внимания таким аспектам как развитие ребенка, семейные отношения, постановка в центр внимания проблем ребенка. Подходы в основном опирались на такие концепции как минимальное мозговое повреждение, которые более не считаются такими значимыми в других странах. Профессиональная позиция в отношении возможного исхода психического расстройства ребенка была в основном пессимистической, и основной упор делался на медикаментозное лечение.

Стационарная помощь не является такой безопасной, как полагают некоторые. Помимо отставания от школьной программы, отрыв детей от семьи и их помещение в чужую среду порождает и другие серьезные проблемы. Во-первых, это может оказать крайнее эмоциональное воздействие на ребенка. Институциональная среда, пусть самая лучшая, лишает детей общения с близкими в их жизни, что приводит к последствиям, которые описаны в Главе 5. Возникают также проблемы, которые характерны для всех больничных стационаров, а именно внутрибольничные инфекции. В России с ее большими расстояниями и суровыми погодными условиями происходит и нарушение обычного хода жизни.

Стационары в Великобритании имеют свои проблемы. Они укомплектованы намного большей численностью персонала и более высоко организованы, чем в России, но вследствие этого они намного более дороги. Поэтому стационарное лечение доступно меньшему количеству детей и предназначено для наиболее тяжелых больных.

В 1990-х годах и российские детские психиатры, и их британские коллеги пришли к выводу, что в лечении и оказании помощи детям с более тяжелыми расстройствами необходимо новое, свежее мышление. Было недостаточно просто скопировать западные стандарты или следовать предыдущему российскому опыту. Эти формы помощи были либо неудовлетворительными, либо слишком затратными. Кроме того, они сформировались в других культурных обстоятельствах, отличающихся от условий современной России.

Свердловский проект в области детского психического здоровья дал уникальную возможность сделать что-то новое. Ниже мы опишем этот проект и представим его результаты.

### **Проект в области детского психического здоровья в Свердловской области**

Этот проект был осуществлен в сотрудничестве между неправительственной организацией «HealthProm» (Великобритания) и психиатрической службой Свердловской области в период с 1996 г. по 2002 г.

В рамках этого проекта были сформированы три детских психиатрических центра в трех индустриальных городах вне областного центра – Екатеринбурга. Население каждого из этих городов превышало 150 000 человек. Указанные центры предоставляли услуги дневного стационара, и в двух из них был установлен односторонний экран с целью обучения и осуществления многодисциплинарной работы.

Российские партнеры признавали, что более всего они хотели бы улучшить свои клинические навыки и умения, особенно в области клинической диагностики и лечения. Это опять же потребовало перехода детской психиатрии к стационарозамещающим формам практической работы с опорой на клинические знания и опыт и многодисциплинарное сотрудничество. До начала сотрудничества с британскими специалистами команды местные клиницисты были мало знакомы с какими-либо практическими примерами, которые могли бы помочь им в их усилиях. Имея общность взглядов на эти вопросы, стороны легко договорились о планах работы на будущее.

В 1997–1999 гг. опытные британские специалисты в области детской психиатрии (психиатры, медсестры, психологи и социальные работники) провели ряд семинаров, лекций и практических занятий в России. Во всех этих случаях обучение носило прикладной практический характер. Оно строилось на конкретных примерах с консультированием детей и семей и последующим обсуждением их проблем с местными специалистами.

В Уральском государственном университете был разработан курс социальной работы, а в Свердловском областном медицинском колледже – соответствующий курс для среднего медицинского персонала с включением раздела по социальной работе в программу их обучения. Цель состояла в том, чтобы подготовить средний медицинский персонал к выполнению более активной и независимой работы в рамках многодисциплинарной бригады. В целом, идея такого обучения базировалась на модели фельдшерской подготовки, которая является распространенной в Восточной Европе.

Руководители трех центров психического здоровья посетили с ознакомительным визитом Санкт-Петербург и Великобританию. Помимо

этих визитов, каждый из которых длился 2–3 недели, российские специалисты продолжали выполнять свою обычную практическую работу в клиниках.

Вырабатывались новые формы работы, например, встречи с учителями из местных школ и группами родителей детей со специфическими трудностями, такими как аутизм. Во всех случаях подчеркивалась необходимость в точном психиатрическом диагнозе.

Муниципальная психиатрическая служба города Екатеринбурга принимала участие в большинстве мероприятий проекта. Это сыграло важную роль, поскольку местные стандарты были достаточно высокими, и такое сотрудничество принесло большую пользу.

### Аудит

В 2000 году был предпринят аудит проведенной работы. Слово «аудит» взято из финансовой сферы, но это стало ключом к улучшению работы общемедицинских и психиатрических служб. По сути, аудит представляет собой обзор качества услуг и поиск путей их улучшения. Эту работу проводят сами медицинские работники. Она состоит из следующих компонентов.

1. Анализ технологий, используемых в диагностике, оказании помощи и лечении; оценка использования выделенных ресурсов, определение с помощью анкетирования эффективности работы в динамике с точки зрения исхода лечения и улучшения качества жизни пациента, использование результатов для дальнейшего совершенствования работы.

2. Повторный анализ работы службы через некоторое время с целью проверить выполнение и результативность запланированных улучшений.

3. Эта процедура должна не только обеспечить совершенствование работы, но и стать учебным мероприятием.

Вопросы, включенные в аудит, были сформулированы предельно ясно, а именно: **1.** Доступна ли служба? **2.** Как бригада оценивает детей и семьи? **3.** Как сотрудничают специалисты в многодисциплинарной команде при выработке оценки и решения в отношении лечения? **4.** Каков спектр и тяжесть проблем, которые решаются в клиниках? **5.** Какие виды лечения используются в настоящее время? **6.** Какова удовлетворенность родителей лечением, которое получают их дети? **7.** Сколько коек было закрыто, и сколько новых коек планируется открыть? **8.** В какой мере в практике работы используется Международная классификация психических и физических расстройств (МКБ-10)?

Более детальный отчет о методологии аудита представлен в статье в журнале, ссылка на который приводится в списке литературы в конце данной Главы (Борисова и др. 2004).

## Выборка

В ходе проекта все три клиники несли чрезвычайно высокую нагрузку. В 2000 году в Клинике 1 специалисты приняли 2 502 случаев только для оценки или для оценки и лечения. По Клинике 2 данные имеются только по тем, кто подвергся оценке с последующим лечением, и в этой категории эта клиника приняла 999 случаев. Клиника 3 только открылась после ремонта за 3 месяца до проведения аудита, поэтому число принятых пациентов был меньшим, и цель состояла в том, чтобы обеспечить проведение ремонта и начало мультидисциплинарной работы. Все три клиники располагались в отдельном здании (отдельно от отделений для взрослых). Все они находились вблизи центров, где можно было провести любые необходимые лабораторные исследования.

Из этого значительного числа принятых больных были выбраны приблизительно 60 последовательных случаев, когда ребенок приходил на прием более четырех раз. Это подразумевало, что эти дети требовали существенной лечебной работы. Многие из них по старой системе потребовали бы госпитализации в больницу. Вопросники показали, что лишь небольшая доля пациентов оценивалась как имеющие незначительные проблемы.

Стратегия состояла в том, чтобы собрать данные по случаям, используя разнообразные опросники. Первый опросник касался сильных и слабых сторон пациентов, который использовался также и в Новосибирском проекте, описанном в Главе 4. Отдельный исследовательский вопросник использовался для сбора данных об источниках направления к специалистам, количестве специалистов, принимавших участие в каждом случае, времени ожидания приема, назначенного лечения, деталей диагноза и степени междисциплинарного сотрудничества. Анкета потребителя, разработанная и проверенная для работы с населением в Великобритании, выдавалась родителям. В рамках клинического обследования все врачи ставили многоосевой диагноз всем новым случаям в клинике.

В этом этапе проекта мы считали, что умение ставить точный диагноз был приоритетом. По этой причине акцент был сделан на Международной классификации психических и поведенческих расстройств. Многоосевая редакция (МКБ-10). В данной книге она представлена в Приложении 1.

Повторное исследование через два года в меньшем масштабе было проведено в 2002 году с целью проверить, имеется ли какой-либо прогресс в применении МКБ-10 (см. описание результатов ниже).

## Учебный компонент аудита

После сбора всей информации произвольно было выбрано двенадцать случаев в каждом из клинических центров: 3 мальчика и 3 девочки в возрасте 11 лет и старше, и по три представителя каждого пола в возрасте до 11 лет. Вся исследовательская информация сопровождалась клиническими описаниями, выполненными клиницистами по каждому случаю. Далее эти случаи были представлены на совещаниях многодисциплинарных бригад для обсуждения поставленного диагноза и проведенного лечения. К сожалению, эта задача оказалось слишком тяжелой и была выполнена полностью только в одном центре. Обсуждение двух или трех случаев из всех также было полезным уроком – был сделан вывод, что такая работа полезна при наличии большего свободного времени от интенсивной клинической работы для целей осмысления и учебы.

## Результаты

С началом реализации проекта сотрудничество опиралось на энтузиазм всех его участников. Прежде всего, между клиниками шел интенсивный обмен опытом мультидисциплинарной работы. Вскоре в каждой клинике, особенно в Клиниках 1 и 2 мультидисциплинарная работа начала расширяться. В расписание работы клиники были включены еженедельные встречи многодисциплинарной бригады, в ходе которых проводились клинические обсуждения и учеба с использованием односторонних экранов, через которые велось наблюдение за пациентами и их семьями.

В данной выборке в работе с большинством детей принимали участие более четырех членов многодисциплинарной бригады. Вопрос заключается в том, было ли это оптимальным использованием специалистов, и оправдано ли такое интенсивное использование нескольких членов персонала. Фактически, психиатр принимал почти всех новых пациентов, а психологи – две трети из них. Это отражало традиционный способ организации работы. Следует предположить, что либо только один из членов персонала имеет достаточные знания и опыт, чтобы инициировать оценку и лечение, либо все дети и их семьи имеют сходные проблемы, которым может помочь только один специалист. Альтернативой этому является специализация членов персонала в различных областях, тогда бригада сможет охватить больше широкий спектр проблем.

Анализ вопросника о сильных и слабых сторонах отразил наличие широкого спектра расстройств, с которыми родители и учителя обращаются в любую клинику. Около 20 % всех пациентов имели по крайней мере легкую умственную отсталость. Высокий уровень отклонений в развитии был, вероятно, обусловлен жалобами на незначительные проблемы развития, которые во многих странах были бы оценены как кли-

нически незначительные. Созданные дневные стационары действовали как центры проведения широкой работы, выходящей далеко за рамки обычных функций таких учреждений, включая встречи с родителями и связь со школами.

В ходе лечения стало ясно, и это подтвердил и аудит, что медикаментозное лечение используется очень широко. Это, вероятно, является следствием большой нагрузки на недоукомплектованные, слабо обеспеченные службы. Назначение психоактивных лекарственных средств детям является широко обсуждаемым вопросом. Ответом на этот вопрос является то, что медикаментозное лечение может быть полезным для некоторых детей с некоторыми видами проблем. Его следует использовать в соответствующих случаях, но нельзя назначать без разбора. Назначение и прием психоактивных препаратов детьми всегда должны осуществляться под контролем и прекращаться, если эффект отсутствует, или заболевание успешно пролечено. Этот вопрос обсужден более полно в Главе 15.

Как указывалось в Главе 3, применение признанной системы номенклатуры в психиатрии имеет большое значение для любого типа коммуникации. Аудит показал, что многие из медработников (38 %) еще не были знакомы с МКБ-10. Контрольный опрос через 2 года показал значительное улучшение, и только в 2 случаях коды расстройства были указаны неверно.

### **Удовлетворенность родителей**

Реакция на этот анонимный вопросник была чрезвычайно позитивной. Стало ясно, что в целом родители почувствовали, что клиника стала источником помощи и поддержки для них и для их детей. Немногочисленные критические замечания касались требований более длительного периода лечения и большей практической направленности рекомендаций по оказанию помощи ребенку.

### **Воздействие на службу в целом**

Наиболее важным результатом стало то, что с созданием детских центров стало возможным направлять значительно меньшее количество детей в областной стационар и не отрывать детей от их семей и школы.

### **Вопросы, затронутые в проекте по детскому психическому здоровью в Свердловской области**

Новые центры, подвергнутые аудиту, стали оказывать популярные, оперативные бесплатные услуги с участием целого ряда специалистов

в области психического здоровья, работающих совместно над оценкой и лечением всего спектра клинических проблем, с которыми чаще всего обращаются дети с серьезными эмоциональными и поведенческими расстройствами. Регулярно проводятся междисциплинарные встречи, на которых обсуждаются проблемы детей, при этом такое сотрудничество в ходе проекта расширялось. Медработники в клиниках разрабатывали свои собственные методы лечения. К ним относится, например, «сказкотерапия» с использованием русских народных сказок, на основе которых делаются моральные выводы и проводится обсуждение. Как показал контроль через два года, после проведенного обучения намного лучше используется схема МКБ-10. Методы модификации поведения оказались популярными и полезными, равно как и методы группового гипноза для релаксации и решения соматических проблем.

### **Постдипломное обучение**

Одним из вкладов вышеописанного проекта, сделанных британскими коллегами, является постдипломное обучение. Такое обучение считается само собой разумеющимся в Великобритании. Очень важно, чтобы такое обучение осуществлялось в России в широком масштабе. С учетом высокого уровня распространенности расстройств среди населения, выявленных в исследовании, описанном в Главе 4, становится понятно, почему такое обучение имеет такое важное значение, и в описанном выше свердловском проекте мы делали все возможное в этом плане.

### *Резюме Главы 16*

В данной главе описаны центры детского психического здоровья, которые были сформированы в трех индустриальных городах Свердловской области. Для того чтобы многодисциплинарные бригады этих центров могли выполнять свою новую роль, было проведено дополнительное обучение. После того, как центры проработали некоторое время, был проведен аудит услуг. Этот аудит охватывал такие вопросы как доступность клиник для детей, тяжесть и типы расстройств, виды лечения, удовлетворенность родителей услугами, количество коек, которые могли быть закрыты в результате развития услуг, а также применение номенклатуры МКБ-10 для целей обучения. Результаты аудита оказались положительными во всех трех городах. Оказалось возможным закрыть небольшое количество коек. Вопросник об удовлетворенности родителей показал, что услуги стали популярными и полезными для семей.



## ГЛАВА 17.

### ПОДГОТОВКА КАДРОВ С ЦЕЛЬЮ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ПЕРСОНАЛА СТАЦИОНАРОВ ДЛЯ РАБОТЫ В ОБЩЕСТВЕННЫХ ЦЕНТРАХ ДЕТСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

*Отчет об опыте десятилетней работы по реализации годовичного курса обучения. И. А. Левина, директора Свердловского областного медицинского колледжа.*

*Питер МакНил, консультант по социальной работе (Лондон, Англия). О британском вкладе.*

#### Общая информация

В самом начале проекта по детскому психическому здоровью в Свердловской области департаментом здравоохранения и медицинскими специалистами были приняты три очень важных решения в отношении обучения социальных работников (фельдшеров). Первое, что подход будет мультидисциплинарным. Второе, что студенты, отобранные для обучения, будут иметь опыт медсестринской работы. Третье, что обучение будет проходить в Свердловском областном медицинском колледже полный день с отрывом от работы.

В то время только что был назначен новый директор колледжа, и хотя тогда колледж не имел отделения социальной работы, его репутация и многолетний опыт обучения и подготовки специалистов говорили о том, что поставленная задача будет выполнена.

Для колледжа это было полностью новым направлением. Никто из персонала колледжа не имел образования в области социальной работы или непосредственный опыт обучения социальной работе, не было и учебной программы и плана. Более того, в то время библиотека колледжа не имела какой-либо соответствующей литературы или учебников на русском языке. Таким образом, задача создания курса была не такой легкой. Однако ведущие преподаватели во главе с директором были полны энтузиазма, и, как стало ясно уже на раннем этапе, колледж разделял все ценности социальной работы, которые легли в основу обучения.

Вскоре после начала нового проекта состоялся трехнедельный учебный визит в город Лестер (Англия), в котором приняли участие директор колледжа, психиатр и две психиатрические медсестры, которые были уже отобраны для первого года курса. В ходе этого учебного визита российские коллеги наблюдали за тем, как ведется клинический прием, через односторонний экран (обычный метод обучения мультидисциплинарному подходу в Великобритании), и как работают многодисциплинарные

бригады. После этого была разработана программа обучения. Она опиралась на учебный план, утвержденный Министерством здравоохранения РФ (Приказ № 226), и на опыт британского социального работника. Программа была предназначена для первой группы из двенадцати слушателей, все из которых были психиатрическими медсестрами.

### Становление курса

За прошедшие десять лет курс социальной работы в колледже окончили 244 слушателя. Этот очно-заочный курс длится два года. Первоначально курс был полностью теоретическим. Практика была включена намного позже, когда курс был полностью отработан и более широко признан. Частично обучение проводится внешними консультантами, специалистами в области психического здоровья и психологами из Екатеринбурга. Кроме того, регулярный вклад осуществляется британцами, первоначально при двух визитах в год в течение первых трех лет, затем ежегодно, и такие визиты все еще продолжаются.

Британская программа состоит из вводного курса в основы социальной работы с широким использованием практических примеров (не все из них с запада), иллюстрирующих основные темы. Каждая программа курса детально обсуждается с директором колледжа. Но в центре курса и, косвенно, в широком круге тем находятся ценности социальной работы и профессиональной этики, и эта тема постоянно присутствует в материалах лекций и семинаров.

Курс включает в себя следующие основные темы:

**Рост и развитие человека** с особым вниманием к теории привязанности, психологическому и психосоциальному развитию. Акцент делается на нарушениях развития и сопутствующих нарушениях поведения, и этот последний аспект имеет особое значение для социальных работников в свете их должностных обязанностей по работе с такими многочисленными дисфункциональными семьями (см. также Главу 5).

**Жестокое обращение с детьми и защита детей.** В рамках этой темы изучается британский опыт и знания из области социальной работы, а также, что равным образом важно при изучении этой темы, неудачи в практике социальной работы, отражением которых являются публичные расследования (см. также Главу 19).

**Насилие в быту** – еще одна тема, в которой лекционный материал в значительной мере опирается на британский опыт и, в частности, на некоторые из вселяющих оптимизм инициатив, которые продемонстрировали, прежде всего, повышение общественного понимания вопросов и значительное усиление поддержки пациентов, подвергшихся насилию. Представлены успехи проекта по профилактике насилия в быту, принятого в Лондоне. (см. также Главу 19).

**Алкоголизм и наркомания, суициды и депрессия.** Эти отдельные темы часто рассматриваются в их взаимосвязи с учетом российского и британского опыта, и изучается методика индивидуального и группового психологического консультирования (см. также Главу 21).

**Тяжелая утрата, развод и разлука, их воздействие на детей.** В этих эмоционально нагруженных темах рассматривается обширный практический материал, и иногда группа слушателей выступает как тесно связанная группа, обсуждаются личные, чувствительные и конфиденциальные вопросы.

**Социальная работа в психиатрии и работа в составе многодисциплинарных бригад.** Этот раздел дает возможность обсудить результаты детского психиатрического проекта и вопросы командной работы вместе с другими специалистами. Весьма полезно, если слушатели уже имели опыт участия в такой форме организации работы.

**Социальная работа с пожилыми людьми.** Ролевая игра может оказаться особенно полезной при рассмотрении этой темы, в рамках которой подчеркивается необходимость учета интересов всех поколений в семейной социальной работе. Тема имеет очень важное значение для тех, кто работает в интернатах и больницах.

**Правонарушения и преступность среди несовершеннолетних.** Рассматриваются причины и методы решения проблемы преступного поведения, изучаются ключевые социологические и психологические аспекты и результаты исследований, проведенных в Западной Европе и США (см. также Главу 25).

**Посттравматический стресс, особенно после террористических актов в России.** Эта тема стала важным дополнением к программе в последние три года с использованием некоторых результатов исследований, опубликованных после террористической атаки 11 сентября, а также описательных свидетельств. Изучаются роль психологического консультирования, методы совладания и примеры замечательной стойкости, проявленной многими выжившими (см. также Главу 24).

**Введение в семейную терапию и семейную динамику.** В рамках этой темы изучаются такие концепции как отверженность, роль «козла отпущения», характеристики дисфункциональной семьи, совместная работа с другим коллегой в групповой ситуации, профессиональная удовлетворенность, а также трудности работы в других форматах (см. также Главы 8 и 14).

**Методы социальной работы, интервьюирование, навыки консультирования, групповая работа.** Эти темы часто практикуются в ходе курса с использованием ролевых игр, с учетом **основных компетенций, необходимых для профессиональной практики**, таких как самосознание, тактичность, эмоциональный интеллект, психологическая устойчивость, обязательство, терпение, способность учиться на основе опыта.

Ряд ключевых текстов по основным ценностям, жестокому обращению с детьми, росту и развитию человека, а также некоторые лекционные материалы переведены на русский язык и имеются в библиотеке колледжа. В обучении применяются учебные видеофильмы, к сожалению, не на русском языке, но, тем не менее, весьма полезные, с детальными объяснениями и переводом. Методика обучения также включает довольно частые устные опросы (устный экзамен), о которых слушатели положительно отзываются в оценочных анкетах.

В результате обсуждений курса с директором колледжа его программа время от времени расширяется с учетом конкретных нужд слушателей и новых событий, например, терроризм и посттравматический стресс после террористических актов в Москве и Беслане.

В самом начале колледж, скорее всего, ощущал определенное одиночество: стандарты отсутствовали, ресурсы были ограничены. Однако директор и персонал колледжа чувствовали поддержку со стороны студентов, которые отзывались положительно об их опыте обучения в колледже, о пользе полученных ими знаний, умений и навыков и о поддержке и заинтересованности преподавательского состава. С самого начала работы преподавателям из Великобритании стало ясно, что выбор студентов осуществляется тщательно. Все они были весьма заинтересованы в курсе, стремились учиться, а их предыдущая подготовка и обширный опыт работы в качестве медсестер, их личные качества производили очень хорошее впечатление. Некоторые из них могут стать высокопрофессиональными социальными работниками, а их отношение и подход к работе показывает, что они могут квалифицированно выполнять психологическое консультирование.

Важным моментом в становлении курса стало появление около пяти лет назад среди преподавательского состава опытного психолога, который имел обширный клинический опыт в работе с различными категориями пациентов, в частности с ВИЧ/СПИДом, и который хорошо соответствовал духу курса. На него была возложена работа по реализации этого курса, в которую он вовлек некоторых других специалистов со стороны, включая специалистов по социальной работе, по крайней мере один из которых ранее прослушал этот курс в колледже. Он проявил большой интерес к организации студенческой практики, которая с момента его включения в работу стала неотъемлемой частью программы курса.

### **Ценности социальной работы и отношение клиенту**

С самого начала отношение социального работника к клиенту стало центральной темой в обучении студентов социальной работе в колледже. В сжатом виде это можно сформулировать следующим образом: «Начи-

нать с уровня, на котором находится клиент, а не с уровня, на котором находитесь вы».

Большинство слушателей – медсестры, многие из которых работают в психиатрических больницах или интернатах, часто со стажем работы десять лет и более. Многие уже имеют хорошие коммуникативные навыки, которые они использовали в своей медицинской практике. Некоторые из слушателей работают в сфере социальной защиты населения. Опыт десяти лет преподавания курса показывает, что акцент на нуждах и правах пациентов отмечается как самое большое его достоинство. Это подтверждается анкетированием (анонимным), которое проводится среди слушателей в конце основного двухнедельного модуля. Такое анкетирование позволяет получить обратную связь о положительных и отрицательных сторонах программы и предложения по ее улучшению.

Конечно, обсуждения и споры бросают нам вызов. Как бы мы ни скрывали их, у каждого из нас есть свои предубеждения. Реалии терапевтической работы – необходимость начинать с текущего положения клиента, формирование самосознания, конфиденциальность, непредвзятость, отказ от «бесплатных советов», выслушивание – действительное выслушивание, а не наставление – могут требовать напряжения сил и вызывать трудности, требуя большой концентрации. Это особенно характерно для работы с тяжелыми пациентами, которые требуют большой концентрации.

Интересно, что слушатели говорят о «демократии общения», когда они могут спорить друг с другом и с лектором, быть самокритичными. Этому содействуют частично два аспекта курса: форма и планировка учебной аудитории, где столы расставлены не рядами, а по кругу, так, что слушатели видят друг друга. Многие из них раскрываются, проявляя готовность не только учиться, но и пойти на риск, делаясь какими-то своими личными неприятностями, трудностями, иногда весьма деликатными, а иногда проявляя освежающий идеализм и подлинную заботу о нуждающихся.

Хотя не все из слушателей после окончания курса работают полностью в качестве социальных работников, многие из них часто сочетают медсестринскую работу с социальной работой, что является значительным продвижением вперед. Курс, пройденный ими в медицинском колледже, по их признанию, помогает им в медсестринской работе, а также в некоторых случаях в их личной жизни.

Особое удовлетворение вызывает тот факт, что двадцать семь студентов, закончивших курс, продолжают получать высшее образование в области социальной работы в вузах Екатеринбурга.

### *Дополнительная литература*

1. Social Work: Themes, Issues and Critical Debates. Second Edition. Edited by Robert Adams, Lena Dominelli and Malcolm Payne. The Open University, 2002.
2. The Blackwell Companion to Social Work. Third Edition. Edited by Martin Davies. Blackwell Publishers, 1998.

## ГЛАВА 18.

### СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В Главе 16 было отмечено, что лечение в круглосуточном или дневном стационаре в Великобритании используется намного реже, чем в России. Поэтому правомерен вопрос, каковы характеристики пациентов, которые по британским критериям нуждаются в направлении в стационар? В целом, показания для направления на госпитализацию следующие:

- Серьезное психическое заболевание, например, шизофрения или эпизод острой депрессии.
- Необходимость наблюдения при угрозе самоубийства.
- Физическое заболевание с отчетливым психологическим компонентом, например, не поддающийся контролю подростковый диабет.
- Ребенок с острыми проблемами социального функционирования, например, отказ посещать школу, если амбулаторное лечение не помогает.
- Дети, поведение которых необходимо пронаблюдать в нейтральной обстановке для его понимания.
- Другие причины, лежащие в основе тяжелого расстройства ребенка, определенные виды угрозы жизни ребенка или других людей или необходимость постоянного контроля, например, в случае расстройств приема пищи.

Следует подумать дважды, прежде чем направить ребенка в стационар, что может оказаться бесполезным и контрпродуктивным, если госпитализация осуществляется по следующим причинам:

- Ребенок не имеет дома, и ему некуда идти. Для таких детей должны быть другие заведения.
- Чтобы дать родителям возможность отдохнуть от трудного ребенка. Трудности необходимо решать, а не избегать их.
- Ребенок имеет проблемы с законом или ведет себя крайне агрессивно. Такие дети должны находиться в условиях, где их поведение строго контролируется.

Необходимо следовать простому принципу: психиатрическое отделение должно осуществлять диагностику, наблюдение и лечение, а не просто содержать детей. Детей нельзя подвергать лечению, если нет ясных показаний для этого. Это касается как психологических, так и фармакологических методов лечения. В большинстве случаев госпитализация согласуется с ведущим врачом стационара.

Планирование госпитализации в стационаре следует начинать задолго до фактического прибытия в стационар. Во многих случаях госпитализация, в конечном итоге, может и не понадобиться, если проблема, в связи с которой пациент направляется в клинику, решается другим способом.

Уделив достаточно внимания ребенку или подростку и семье, специалист, отвечающий за данный случай, должен также довести информацию до персонала стационара.

Лучше всего это сделать с помощью формы, которая заполняется и передается руководителю отделения. Такая форма должна включать описание клинической проблемы или формулировку. Следует также включить общую информацию по данному случаю и предложения по лечению. В большинстве стационаров персонал также интересуют такие вопросы как необходимый объем наблюдений и ожидаемый исход к концу пребывания в стационаре.

### **Ключевые моменты в организации работы в стационаре**

Происходит встреча с семьей, и ребенок представляется персоналу. Родителям и ребенку объясняют цель госпитализации и возможный результат. На этом этапе лучше всего принять их вместе. За каждым ребенком закрепляется медсестра или так называемый «ключевой работник». Этот член персонала будет вести ребенка в течение всего времени его пребывания в стационаре. После поступления ребенка в стационар, вероятно, потребуется уточнение диагностической формулировки. Например, может понадобиться дальнейшая психометрическая оценка или наблюдение за тем, как ребенок общается с другими детьми в отделении. В большинстве стационаров роль ключевого работника выполняют медсестры, которые осуществляют систематическое наблюдение и фиксацию результатов.

Центральным моментом в организации работы стационара является создание так называемой терапевтической среды. Должна быть разработана прогнозируемая и тщательно спланированная программа каждого дня. День начинается с подъема, умывания и завтрака. Затем выполняются какие-то ежедневные задачи, например, заправка кровати. Далее проводится общая утренняя встреча, где делаются объявления, обсуждаются ссоры, жалобы в отношении правил, действий персонала и т. д. После этой встречи, которая является обязательной для персонала и детей, начинаются занятия с учетом потребностей детей, прерываемые на перерывы и обед. Вечером – просмотр телевизора, хобби и свободное время вплоть до времени сна.

В процессе повседневных действий, которые включают спорт, плавание и поездки за пределы отделения, ребенок может продемонстрировать проблемы, которые привели его в стационар. Они могут проявиться в форме неконтролируемого поведения или вспышек гнева, в форме самоизоляции, явной депрессии или беспокойства. Психотическое поведение может проявиться в связи с помещением ребенка в условия структурированного режима, либо оно, проявившись в период до



госпитализации, в стационаре исчезает. Важно, чтобы за ребенком или подростком велось постоянное наблюдение, выявлялись и понимались способы – зачастую неверные – разрешения ими проблем общения с окружающими их людьми, но равным образом важно не допустить выхода поведения из-под контроля. Терапевта интересуют именно чувства гнева и деструктивности, скрытые под поведением. Само поведение следует твердо держать под контролем. Стационар может быстро и в буквальном смысле развалиться, если детям или подросткам позволить свободно проявлять свои чувства.

Особое место в распорядке дня занимают прием пищи и сон. В такие моменты времени персонал должен выискивать терапевтические возможности. Например, не ведет ли ребенок «сражение» с родителями, которые боятся, что он может уморить себя голодом (возможно, это опасение является хоть и иррациональным, но вполне реальным). Не сняты ли ребенку кошмары, связанные с психологической травмой, и поэтому он не может спать? Персонал должен знать, что эти моменты времени могут быть важными для понимания проблемы ребенка и могут открыть пути к терапии. Персонал должен питаться с детьми и находиться с ними в течение дня.

Распорядок дня и создание «терапевтической среды» обычно входят в обязанности медсестер. Следует подчеркнуть, что роль ключевого работника и детской психиатрической медсестры – это высококвалифицированная работа, и в Англии существует одногодичный постдипломный курс обучения, в рамках которого медсестры получают углубленные знания в данной области и знакомятся с множеством методов терапии. Понятие «медсестра-терапевт» прочно вошло в обиход.

Другие члены персонала отвечают за другие специализированные терапевтические действия, включая индивидуальную или семейную терапию, медикаментозное лечение. Вид терапии определяется планом лечения конкретного ребенка. В подростковых стационарах обычно проводятся регулярные групповые занятия, на которых могут обсуждаться любые проблемы, возникшие в стационаре или в отношениях между молодыми людьми и персоналом. Освещение всех аспектов организации стационарной помощи можно найти в книге Green and Jacobs (1998).

### **Дневные стационары**

В последнее время получили признание дневные стационары, которые позволяют сделать многое из того, что делается в хороших круглосуточных стационарах, но с меньшими ограничениями. Это не всегда так, если, как в России, стационар находится далеко от места проживания семьи. С другой стороны, терапевтический режим дневного стационара может дать почти то же, что и обычный стационар. Конечно же,

терапевтическое окружение ребенка будет не совсем таким, но в то же самое время дневной стационар может иметь некоторые преимущества, в частности ребенок меньше отрывается от семьи, и менее вероятно, что семья отвергнет и откажется от ребенка. Дневные стационары легче организовать, чем круглосуточные. Существуют и другие возможности оказания помощи, которые будут в большей мере соответствовать местным потребностям. Например, такой центр может быть создан в местной детской поликлинике, работая один или два дня в неделю с участием приходящего врача или группы специалистов.

### **Свидетельства эффективности**

Как и в случае многих других сложных организаций, существует очень мало исследований эффективности по данной теме. Наилучший обзор представлен в работе Pfeiffer and Strzelecki (1990), но с учетом ограниченности данных невозможно сделать какие-либо твердые выводы.

### ***Резюме Главы 18***

В данной главе указывается, что в Великобритании по сравнению с Россией госпитализируется гораздо меньше детей. Представлены британские критерии госпитализации. Описываются ключевые моменты в организации стационарной помощи и роль ключевого работника и детской психиатрической медсестры. В последнее время все большую полезность демонстрирует организация помощи по типу дневного стационара.

### ***Дополнительная литература***

1. Pfeiffer S. I. and Strzelecki S. C. Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29. 1990. P. 847–853.
2. Jacobs B. and Green J. *In-patient Child Psychiatry*. London : Routledge, 1999.

## ЧАСТЬ 4.

# ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ И РАСПРОСТРАНЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

### Введение

Часть 4 содержит три основных раздела. Первый раздел, включающий Главы 19–21, посвящен очень трудным проблемам, связанным с жестоким обращением с детьми и их защитой, необучаемостью (умственной отсталостью) и детско-подростковой наркоманией и алкоголизмом. Все эти вопросы требуют сотрудничества нескольких социальных ведомств при активной роли детской психиатрии. Это межведомственное сотрудничество, без сомнения, представляет собой наиболее трудный вид оказания услуг по месту жительства.

Второй раздел касается важных расстройств, некоторые из которых необычны, но при этом должны быть в рамках компетенции детской психиатрической службы, специалисты которой должны знать клиническую картину, вопросы диагностики и лечения. К ним относятся шизофрения с началом в раннем возрасте и стойкие расстройства развития (также называемые расстройствами аутистического спектра).

Третий раздел (Главы 24–26) охватывает интернализирующие расстройства, экстернализирующие расстройства и расстройства приема пищи и выведения, вызванные психологическими причинами. Все они являются достаточно распространенными в области детского психического здоровья, но представляют для бригад специалистов лечебно-диагностические проблемы.

Как описывается в Приложении 1 данной книги, должна быть составлена полная многоосевая диагностическая формулировка, включая клинический психиатрический диагноз (ось 1), любые проблемы в развитии ребенка (ось 2), уровень общего интеллекта (ось 3), любое соматическое расстройство (ось 4), социальные проблемы (ось 5) и общее заключение о дееспособности. Полные определения МКБ-10 не приводятся, и при необходимости читатель может обратиться к справочнику МКБ-10. Краткий обзор этого справочника приводится в Приложении 1.

## ГЛАВА 19.

### ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ И ИХ ЗАЩИТА

#### Краткое описание

Мы приходим в ужас, когда читаем о жестокости по отношению к детям, но нет сомнения в том, что насилие является весьма распространенным явлением и существует во всех обществах. В Великобритании, например, каждую неделю четверо детей гибнут от рук их родителей. И хотя это явление более распространено среди социально обездоленных семей в связи с бедностью, психическим заболеванием, алкоголизмом и преступностью, дети могут пострадать от насилия в любой социальной группе, включая богатых и известных людей.

Выделяются пять категорий жестокого обращения с детьми:

- **Физическое насилие:** удары, сотрясения, бросание, отравление или ожоги, утопление, удушение или причинение другого физического вреда ребенку. Родитель или попечитель может представить ребенка больным, сказав врачу, что тот нуждается в обследовании в связи с тяжелыми и странными симптомами, например, кровь в моче или заднем проходе. Это может потребовать использования инвазивных методов медицинского обследования, представляющих риск для здоровья ребенка. Родитель может выдумать целую историю в силу каких-либо психологических причин, например, желания привлечь внимание к себе (**“синдром Мюнхгаузена по доверенности”**).

- **Пренебрежение:** систематическое неудовлетворение физических или психологических потребностей ребенка, что может привести к серьезным нарушениям его здоровья и развития. Родители или попечитель не обеспечивают адекватного питания, крова и одежды, не могут защитить ребенка от физического вреда или опасности или не обращаются в необходимых случаях за медицинской помощью. Сюда же относится пренебрежение или игнорирование основных эмоциональных потребностей ребенка.

- **Сексуальное насилие:** принуждение или склонение ребенка к сексуальным действиям, выходящим за рамки понимания ребенка вне зависимости от того, осознает он или нет то, что с ним происходит. К таким действиям относится физический контакт, включая секс с проникновением (например, изнасилование или содомия) или без проникновения. Такие действия могут предприниматься и без физического контакта, например, с вовлечением детей в просмотр или производство порнографических материалов, или наблюдение за сексуальными действиями, или склонение детей к несоответствующему сексуальному поведению.

- **Эмоциональное насилие:** постоянное дурное обращение с ребенком с тем, чтобы оказать серьезное и устойчивое негативное воздействие на эмоциональное развитие ребенка. Примерами такого обращения могут быть утверждения о бесполезности, о нелюбви к нему, о его неадекватности или о том, что он нужен лишь для удовлетворения нужд другого человека. Данный вид жестокого обращения может характеризоваться несоответствующими возрасту или уровню развития ожиданиями от ребенка. Ребенок может постоянно ощущать страх или опасность, а также подвергаться эксплуатации или развращению. Определенная степень эмоционального насилия присутствует при всех типах плохого обращения с ребенком.

- **Неспособность защитить** ребенка от жестокого обращения следует воспринимать при оценке как активное жестокое обращение, например, когда один из родителей не защищает ребенка от насилия со стороны другого родного или неродного родителя.

### Эпидемиология

Четыре процента детей в возрасте до 12 лет в Великобритании требуют расследования по подозрению в жестком обращении с ними (Meadow 1997). Каждый год 1 ребенок из 1 000 становится жертвой серьезного сексуального насилия. Нет причин полагать, что Великобритания в этом отношении отличается от других стран. Один из 10 000 детей – такова минимальная оценка детской смертности от насилия. Кроме того, согласно оценкам у 10 % умственно отсталых детей задержка психического развития стала результатом физического насилия со стороны близких. Это дает некоторое представление о масштабе проблемы.

### Введение в оценку

В подавляющем большинстве случаев в клинической работе семьям следует предлагать добровольную конфиденциальную помощь, основанную на сотрудничестве с семьей в деле оказания помощи их ребенку. В случае подозрения на жестокое обращение не следует надеяться на сотрудничество и правдивость со стороны родителей. Это означает, что в таких случаях подход врача или социального работника должен отличаться от подхода, используемого в обычной семейной психиатрии. Он суммируется фразой: **«Первоочередной заботой врача и медработника должны быть интересы ребенка»**, а не репутация семьи, не психиатрическое лечение родителя, не какая-то выдуманная социальная необходимость, не репутация клиники, не репутация отдельного специалиста в его стремлении избежать участия в судебных разбирательствах или угроз со стороны родителей.

Даже в очевидных случаях часто жестокое обращение специалистами не выявляется, так как они стараются избежать неприятной мысли, что родители или другие люди могли совершить такие ужасные поступки. Часто требуется мужество, чтобы действовать, а не «закрывать глаза», позволяя насилию продолжаться. Родители или близкие очень часто не идут на сотрудничество и ведут себя агрессивно. Для помощи детям может потребоваться обращение к закону о защите детства.

Абсолютно необходимо иметь широкий взгляд на проблему жестокого обращения с детьми. С самого начала следует вовлечь междисциплинарную сеть служб, к которым обычно относятся:

- **Социальные службы** – каждый район должен иметь специализированный детский отдел, занимающийся защитой детей.
- **Медицинские службы** – особенно педиатрия, детская психиатрия, общая психиатрия, заведения, детские патронажные службы.
- **Школы** – это место, которое дети (или большинство детей) посещают регулярно. Если ребенок приходит в школу с признаками физических травм, явно отстает в развитии, плохо питается, недосыпает, отсутствует без причины, демонстрирует несоответствующее сексуальное поведение (описанное ниже), это должно привлечь внимание. Может потребоваться принятие мер для проведения расследования.
- **Правоохранительные органы** – часто правоохранительные органы имеют специализированные отделы, занимающиеся защитой детей.
- **Правовые службы** – местные детские суды и семейный отдел верховного суда.

В западных странах ведущими органами в деле защиты детей от насилия являются социальные службы местных органов власти. (Описание британской системы приводится в документе «Работая совместно в целях защиты детей», опубликованном Министерством здравоохранения Великобритании в 1999 г.).

Важно, чтобы в такой работе принимала участие вся эта сеть специалистов при тесном взаимодействии между ними. Оценка и лечение должны стать результатом сотрудничества такой группы. Серьезные ошибки, приведшие к смерти или серьезной инвалидности детей, становятся предметом судебных разбирательств на протяжении уже многих лет. Недостаток общения между разными ведомствами при осуществлении вмешательств часто становился существенной частью причины таких ошибок.

Хотя законы и отношения между ведомствами в этой области деятельности в России могут быть другими, все же полезно описать те проблемы, которые возникают в деле профилактики и решения проблем защиты детей от насилия, используя язык, который позволит читателю сравнить ситуацию в России с ситуацией в других странах и оценить в каждом случае слабые и сильные стороны.

Многодисциплинарные бригады в детской психиатрии могут выполнять пять возможных ролей в работе, связанной с жестоким обращением с детьми:

- Во многих случаях детский психиатр или другой член бригады могут стать первыми, кто может заподозрить, что проблема ребенка может быть связана с невыявленным жестоким обращением.

- Оценка и лечение психиатрических проблем ребенка или семьи.
- На административном или «политическом» уровне - предоставление рекомендаций местным органам власти.

- Выступление в суде в качестве свидетеля.

- Помощь в обучении и подготовке работников других специальностей в районе.

В случае наличия у них серьезных психических расстройств родители или попечители обычно направляются на лечение в психиатрические учреждения. Однако психиатр, занимающийся лечением взрослых, может не иметь достаточного опыта в деле выявления случаев жестокого обращения с детьми, поскольку его интересует в большей мере проблемы пациентов, а не проблемы их детей.

### **Медицинская оценка случая жестокого обращения с детьми**

Случаи насилия могут быть заподозрены или выявлены в школе педагогами, медиками первичного звена или соседями. При этом факты могут скрываться, и лишь какие-то моменты могут указывать медицинским работникам на возможность насилия, но истинная картина будет замалчиваться. Например, родители могут задержаться с обращением за помощью при очевидной травме; не проявить озабоченности, которую можно ожидать от родителя, или изложить дело так, что рассказ не будет соответствовать серьезности травмы (например, серьезная травма черепа после падения с низкого дивана). В таких случаях обычной процедурой является направление в местную социальную службу, которая, в случае необходимости, направит ребенка на медицинскую экспертизу, предпочтительно с согласия родителей, а в случае их несогласия – по решению суда. Минимальный объем обследования включает в себя физическое обследование, внешний осмотр кожного покрова, выявление ран и пятен. Ребенка следует взвесить и измерить рост, и если есть данные предыдущих измерений, следует составить диаграмму развития по показаниям роста и веса. Часто требуется провести полное рентгеновское исследование костей ребенка. Наличие травм и выявление переломов различного срока давности с помощью рентгеноскопии является явным признаком перенесенного насилия, а конкретные виды травм, например, спиральный перелом руки с большой долей вероятности свидетельст-

твуют о насилии. Если имеется подозрение на травму головы, следует рассмотреть необходимость проведения неврологической экспертизы и томографического сканирования.

При проведении медицинской экспертизы важно иметь согласие ребенка. Педиатр должен пройти специальную подготовку для выполнения этой работы. Осмотр гениталий у девочек должна проводить врач-женщина, также прошедшая дополнительную подготовку.

### **Психиатрическая и психологическая оценка детей и родителей**

Ребенок может вести себя отстраненно или апатично, либо проявлять гиперактивность или импульсивность. Медицинский осмотр должен проводиться в соответствии с принципами, изложенными в Главе 1. Кроме того, все результаты следует тщательно задокументировать на случай последующих судебных разбирательств.

В случае если ребенок постоянно подвергался насилию в течение длительного времени, у него могут проявиться симптомы **расстройства привязанности** того или другого типа (см. Главу 2).

Следует провести тщательную оценку уровня развития, так как обычным в таких случаях является заметная задержка либо общего развития, либо задержка развития специфических функций, например языка или учебных навыков.

Если жестокое обращение имеет недавнее начало, результатом может быть картина посттравматического расстройства с постоянными ночными кошмарами, тревогой и избеганием ситуаций, напоминающих о насилии.

Более специфическими симптомами у детей, подвергшихся физическому насилию, являются так называемая «заботливость», когда ребенок старается угодить родителю, чтобы избежать вспышек гнева или битья, или «настороженность», когда ребенок характерным образом следит за родителем, чтобы вовремя определить момент приближения агрессивных действий или крика, чтобы успеть убежать.

Дети, подвергшиеся сексуальному насилию (жертвами могут быть как девочки, так и мальчики), также могут демонстрировать ряд психологических симптомов. Обычными симптомами являются ранняя сексуальная информированность и интерес к вопросам секса (отсутствующие у детей, не подвергавшихся такому насилию). Часто наблюдаются соматические симптомы, особенно в области живота и гениталий, равно как проблемы с животом и мочевым пузырем. Как такового, типичного «синдрома насилия» не существует, но расстройство привязанности, посттравматический стресс (см. Главу 25) и расстройство поведения встречаются у таких детей часто. В то же время, некоторым детям, став-



шим жертвами насилия, удастся избежать тяжелых психологических последствий, особенно если такое насилие не сопровождалось жестокостью.

### **Интервьюирование у ребенка при подозрении на жесткое обращение**

Вопросы, которые могут вызвать смущение, следует задавать неприужденно, особенно если подозревается сексуальное насилие. Смущающийся врач может просто усугубить чувства смущения и вины у ребенка.

У родителей, в свою очередь, могут быть замечены косвенные признаки, которые сами по себе вряд ли будут убедительными. Например, негативное отношение к ребенку у родителей может проявиться в виде ряда пренебрежительных замечаний, или, зная, что за ними наблюдают, они могут преувеличенно играть роль «заботливых родителей». Обычным является отсутствие знаний и некомпетентность в вопросах воспитания детей. Одним из признаков этого является грубое невежество в отношении того, что можно ожидать от ребенка. Например, от ребенка могут ожидать, что он сам будет способен ходить в туалет, принимать пищу и одеваться намного раньше, чем это возможно при нормальном развитии. Вполне вероятно, родители захотят как можно скорее увести ребенка из клиники и избежать дальнейшего осмотра или вопросов. Такое желание может сопровождаться угрозами призвать к ответу, или родители могут использовать ребенка для «торговли» или эмоционального шантажа. В таких ситуациях важно проявлять большую твердость и эмоциональное мужество. Твердый и взвешенный подход при поддержке со стороны коллег представляется наилучшим способом действий. В крайнем случае, если есть признаки того, что ребенку угрожает опасность, его следует поместить в безопасное место, предпочтительно не в медицинское учреждение, но если это невозможно, то можно поместить и в больничную среду, например в педиатрическое отделение.

Сексуальное насилие иногда сопровождается чрезмерным стремлением насильника «защитить» ребенка – он повсюду следует за ребенком и демонстрирует преувеличенное внимание к тому, чем он занимается. Это может делаться с целью помешать ребенку рассказать о принуждении к сексуальным действиям.

### **Междисциплинарная работа**

В случае выявления случая жестокого обращения с ребенком следует организовать междисциплинарное совещание с участием всех специалис-

тов: врачей, должностных лиц здравоохранения, директора школы. Участие правоохранительных органов может быть более спорным, но может стать критически важным. Если в деле присутствуют проблемы психического здоровья, ведущую роль на себя должен взять детский психиатр.

### Дальнейшая оценка и лечение

Может потребоваться дальнейшее обследование. В случае подозрения на сексуальное насилие может потребоваться проведение формального собеседования с ребенком или подростком. Такое собеседование проводится с целью сбора доказательств для суда. Его проведение требует особых умений и навыков. В Великобритании такие собеседования записываются на видеопленку, которая может быть использована в суде. Для осуществления такой задачи требуется особая подготовка, которую может выполнить врач, социальный работник или специально подготовленный работник полиции. Крайне важно правильно выстроить собеседование. Стиль беседы должен быть приемлемым для ребенка, но при этом она должна быть непредвзятой. Темп должен быть неспешным, а стиль открытым, но мягким. Цель собеседования заключается в том, чтобы выяснить у ребенка в точности, что произошло во время эпизода насилия.

### Диагноз или уровень вероятности

К этому моменту бригада специалистов уже должна установить «уровень вероятности» того, что насилие имело место, и если да, то какое. Этот вопрос является критически важным. Неправильное определение насилия может привести к стигматизации и разрушению семьи, а невыявленный диагноз насилия может обречь ребенка на годы страданий, возможно, с угрозой его жизни.

• **Высокая вероятность.** Это может быть типичный перелом с признаками других заживших переломов у 4-летнего ребенка, которого не приводили в клинику в течение 2 недель. Имеются рентгенологические признаки заживления свежего перелома. Изложение причин невнятное и не соответствует степени травмы. Взвешивание и измерение роста ребенка показывают отставание в развитии для его возраста.

• **Средняя вероятность.** У 14-летней девочки наблюдаются эпизоды неясного паралича, во время которых она не приходит в школу. У нее плохая успеваемость, мало друзей. Эпизоды «паралича» совпадают с периодами, когда ее отец не работает, и оба находятся дома вместе в течение длительного времени.

• **Минимальная вероятность или ее отсутствие.** Полиция обнаруживает и доставляет в приемник 12-летнюю девочку, которая бесцельно

бродила по городу. На следующий день приезжает мама и забирает ее. Она жалуется, что ее брак распался год назад, а ее бывший муж требует отдать девочку ему. Она обвиняет мужа в сексуальном насилии над девочкой и отказывает ему в общении с девочкой, не говоря уж о том, чтобы отдать ее ему. При разговоре с опытным психологом девочка говорит путано, постоянно меняет свой рассказ.

### **Административный уровень**

Важно, чтобы многодисциплинарная детская психиатрическая бригада принимала активное участие в профилактической работе, раннем выявлении насилия и в оценке местных служб. Такую функцию может выполнять местный «комитет по защите детей». В обязанности такого комитета входит разработка стандартов, которыми должны руководствоваться все специалисты в данном районе: учителя, медсестры и врачи всех специальностей. Комитет регулярно составляет и печатает публикации. Помимо прочего, такая публикация содержит инструкции о том, какие меры следует принимать при подозрении на насилие в отношении ребенка.

Распространение также получила практика составления «реестров защиты детей». Если ребенок попадает в такой реестр, местные власти обязаны по закону обеспечить наблюдение за ним. Например, если ребенок попадает в клинику на прием с подозрительными признаками, врачи могут запросить информацию из центральной базы данных. В случае какой-либо угрозы специалисты могут познакомиться с историей данного ребенка и принять соответствующие меры.

### **Вопросы, связанные с компетенцией суда**

В каждой стране существует своя судебная-правовая система, которая может радикально отличаться от систем в других странах. По этой причине мы не обсуждаем здесь вопросы использования силы закона. Однако существуют вопросы, имеющие фундаментальное значение. Коснемся их кратко.

#### **Судебные действия необходимы по двум причинам:**

- Для защиты ребенка, когда отношение и действия родителей или опекунов указывают на то, что ситуация не улучшится без вмешательства суда.
- При совершении насилия в отношении ребенка совершается преступление, и правоохранительные органы желают предать преступника в руки правосудия.

Детские и подростковые мультидисциплинарные услуги, вероятно, будут вовлечены в первое из этих двух действий, куда случай прибудет прежде, чем необходим суд, обеспокоенный вопросами семьи и защитным действием.

Детско-подростковая multidисциплинарная служба, вероятнее всего, примет участие в первом из этих двух примеров, в частности, когда суд будет рассматривать семейное дело, в котором требуется принятие мер защиты. В частности, имеется ли вероятность того, ребенок может быть убит, травмирован или подвергнуться физическим или эмоциональным страданиям в неприемлемой степени. Суд должен выяснить положение ребенка в семье, степень его развития, наличие у него особых потребностей, характер вреда, его воздействие на ребенка и адекватность родительской заботы. Важным вопросом является, в какой мере необходимо вмешательство суда или специалистов для блага ребенка. По этой причине суд пожелает выслушать планы оказания помощи ребенку и мнение multidисциплинарной группы о том, насколько эти планы могут помочь. Детско-подростковая служба может помочь разработкой плана реабилитации при наличии психиатрических проблем.

Вышесказанное показывает всю сложность работы на ранних этапах случаев, связанных с жестоким обращением с детьми.

### **Планирование будущего**

Исход расследования случая насилия в отношении ребенка всецело зависит от характера расследуемой проблемы. Возможности здесь почти бесконечны, и поэтому не могут быть описаны в этой книге. Однако существуют следующие общие принципы:

- Желания и чувства ребенка следует принимать во внимание с учетом его возраста и уровня зрелости.
- Ребенку потребуется атмосфера любви и поддержки, систематичности и упорядоченности его жизни, а также удовлетворение его биологических потребностей в тепле, крове и адекватном питании.
- Должны удовлетворяться образовательные потребности ребенка. Необходимо понимание потенциального вклада детей в жизнь сообщества и той пользы, которую они могут принести по мере роста и взросления.
- В максимально возможной мере ребенок должен оставаться в той культуре, семье и среде, с которой он знаком, и в которой он, скорее всего, и будет жить.

## **Специфическое лечение, последующее наблюдение и поддержка**

Одним из наиболее распространенных недостатков в работе по профилактике жестокого обращения с детьми является отсутствие адекватного наблюдения и повторной оценки после проведения первичной работы по оценке и планированию помощи. Оценка могла быть проведена в полном объеме и безупречно, но были ли учтены вопросы долгосрочного характера? Например, улучшится ли положение 14-летней девочки, которая подверглась сексуальному насилию, что стало известно обществу, в результате чего ее отвергает семья. Чувствуют ли себя лучше вне семьи двое 5-летних близнецов с такими психологическими проблемами, что не могут прижиться ни в одной приемной семье и теперь страдают серьезным расстройством привязанности? В таких сложных случаях часто полезно прикрепить к ребенку **«ключевого работника»** – специалиста, который будет играть в деле центральную роль, посещать все совещания по делу, встречаться с ребенком и контролировать ход дела. Это может быть медсестра, фельдшер или социальный работник. На детско-подростковой психиатрической службе лежит особая ответственность за оценку и оказание помощи таким несчастным детям. Дети младшего возраста, вероятно всего, хорошо отреагируют на игровую терапию, разработанную В. Акслин (см. Главу 11). Подросткам может помочь групповая терапия (см. Главу 14) совместно с другими жертвами насилия или индивидуальная работа с использованием методов когнитивной поведенческой терапии для лечения депрессии (см. Главу 13). Такие трудности следует предусмотреть заранее. (Концепция «ключевого работника» также использована в Главе 21, посвященной вопросам наркомании.)

**Оценки эффективности** были обобщены в обзоре Edgeworth and Carr (2000). В отношении физического насилия очень эффективным оказалось помещение в специальные центры круглосуточного и дневного пребывания с интенсивными программами помощи, предусматривающими воспитательный и социальный тренинг и интенсивную работу персонала с родителями. Эффект от такой работы снижается после окончания программы специальной помощи. Другим эффективным подходом стала групповая терапия с хорошо адаптированными детьми, являющимися примером хорошего поведения. Этот подход оказался очень эффективным для оказания помощи детям, подвергшимся физическому насилию. Очень мало исследований проведено в отношении пренебрежения воспитанием и заботой о детях. Высокую эффективность продемонстрировало исследование по адекватному кормлению и оказанию другой поддержки младенцам, чье развитие страдало вследствие социальных причин. Родители таких детей нуждаются в настойчивом, но благоприятном обучении вопросам заботы о детях. Контролируемое

исследование показало эффективность применения групповой терапии для оказания помощи девочкам-подросткам, пережившим сексуальное насилие, но эти результаты требуют подтверждения посредством контролируемых клинических испытаний.

Успешно доказанными методиками оказания помощи родителям и семьям, где имело место физическое насилие по отношению к ребенку, являются психотерапевтическая помощь на дому, программы управления гневом и поведенческий тренинг для родителей.

Самым важным и самым пренебрегаемым направлением работы является наблюдение за семьями, где имело место насилие в отношении ребенка.

### *Дополнительная литература*

1. *Edgeworth J. and Carr A. Child Abuse. In: Carr A. What Works with Children and Adolescents? London : Routledge, 2000.*
2. Department of Health. *Protecting Children. A Guide for Social Workers. undertaking a comprehensive assessment. 1988.*
3. *Kathleen Coulborn Faller. Child Sexual Abuse. London : Macmillan, 1988.*

## ГЛАВА 20.

### УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (ТРУДНОСТИ В ОБУЧЕНИИ)

В списке расстройств, требующих сотрудничества нескольких служб, на одном из первых мест стоит лечение детей и подростков с трудностями в обучении (синоним «умственной отсталости» в МКБ-10) и их семей.

Данная глава является завершением материала, представленного в Главах 5, 6 и 7 по этой теме. Обучение умственно отсталых детей и детей с иными особыми образовательными потребностями также рассматривается в Главе 10.

#### Прогресс в концепции умственной отсталости

Вплоть до XIX – начала XX столетия предпринимались попытки скрыть ущербность детей с выраженными трудностями в обучении или, по крайней мере, сделать хорошую мину при помощи эвфемизмов, таких как «feeble minded» (слабоумный) или «mentally handicapped» (с умственными недостатками), но позиция семей и общественности оставалась неизменной: это люди с ограниченными способностями, которые нуждаются в защите и имеют только частичный доступ к свободам, которые другие считали само собой разумеющимся фактом жизни.

Научная постановка вопроса, в какой мере дети с проблемами обучаемости могут быть обучены, сопровождалась стандартизацией измерения интеллекта. Была найдена мера, которая используется по сей день. Предполагалось, что вопрос был решен, и считалось, что в отличие от других детей, которые продуктивно реагируют на стимулирование с целью обучения, люди с проблемами обучаемости на такое стимулирование не реагируют.

В середине и второй половине XX столетия произошли глубокие изменения в отношении специалистов и общественности к людям умственной отсталостью.

Сегодня, в начале XXI века, эта ситуация радикально изменилась. Узость формального измерения коэффициента умственного развития (IQ) как характеристики человека теперь считается недопустимой. В данной главе дается краткое описание изменений в работе служб, которые принесли новый подход. Отправной точкой считаются человеческие права лиц с проблемами обучаемости (умственная отсталость) как таких же граждан, как и любой другой человек.

**Определение умственной отсталости.** Определение МКБ-10 приводится в Приложении. Однако в данной книге мы будем использовать определение из американской классификации DSM IV. Это определение является более полезным, так как содержит более широкое описание

функционирования человека с проблемами обучаемости с использованием ряда критериев, а не только коэффициента умственного развития. Это:

А. Интеллектуальное функционирование на уровне значительно ниже среднего при интеллектуальном показателе (IQ) приблизительно 70 пунктов или ниже по результатам индивидуально проведенного теста Векслера (для младенцев клиническое заключение об интеллектуальном функционировании на уровне ниже среднего).

Б. Сопутствующий дефицит или ухудшение в текущем адаптивном функционировании (то есть степень эффективного соответствия стандартам, ожидаемым от личности в его/ее возрасте, по крайней мере в двух из следующих областей: коммуникация, уход за собой, бытовые навыки, социальные/межличностные навыки, использование общественных ресурсов, самостоятельность, функциональные академические навыки, работа, досуг, здоровье и безопасность).

В. Начало в возрасте до 18 лет.

Существует 4 категории умственной отсталости: легкая, умеренная, тяжелая и глубокая.

**Легкая** (ассоциируется с IQ = 50–69): овладевает языком, но с некоторой задержкой, может овладеть простыми навыками личной гигиены. Может овладеть элементарными навыками чтения и стать самодостаточным с выполнением простого ручного труда.

**Умеренная** (ассоциируется с IQ = 35–49). Такие дети имеют ограниченные возможности для овладения базовыми навыками чтения, письма и счета; им может быть трудно овладеть навыками личной гигиены. Они способны к некоторому обучению и могут выполнять простую работу во взрослой жизни.

**Тяжелая** (ассоциируется с IQ = 20–34). Лица в этой категории трудно обучаемы и могут иметь выраженные моторные затруднения.

**Глубокая** (ассоциируется с IQ ниже 20). Лица на этом уровне вряд ли смогут овладеть большим объемом языка, чем это необходимо для выражения основных потребностей. Они также вряд ли будут способны контролировать свой кишечник и мочевой пузырь.

Как указывалось в Главе 5, инвалидность следует отличать от активной болезни. Инвалидность может быть вызвана болезнью или травмой в раннем возрасте (или в утробе матери) и может сделать ребенка более подверженным болезням в будущем. Может сопровождаться – и часто сопровождается – коморбидным заболеванием (см. Главу 2).

Дети с умственной отсталостью делятся на две группы. Легкая умственная отсталость является наиболее распространенной, составляя примерно 85 % от общего числа, а умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость являются намного более редкими состояниями – около 15 % от общего числа случаев. Это различие было значимым еще по двум другим соображениям. Считалось, что причиной легкой умствен-



ной отсталости является, главным образом, социальная обездоленность, тогда как умеренная, тяжелая и глубокая степень являются следствием генетических дефектов или других заболеваний на раннем этапе жизни. В настоящее время такое понимание считается упрощенным, но, тем не менее, остается полезным клиническим параметром.

Наиболее важным отличием с практической точки зрения является необходимая степень поддержки со стороны детских служб. Детям с легкой степенью умственной отсталости поможет упрощенная образовательная программа, тогда как более тяжелые степени умственной отсталости потребуют программы помощи, включающей не только обучение, но и организацию их жизни. При этом крайне важно, чтобы специалисты изменили свое отношение и отошли от «классификации» ребенка, а вместо этого подумали об ответе на вопрос: «Что необходимо этому ребенку и его семье для наиболее полного развития?» Если ребенок имеет умственную отсталость, предстоит решить следующие задачи.

### Мультидисциплинарная оценка и диагноз

Необходимо провести полное педиатрическое, психологическое и педагогическое обследование. Такое обследование требует разнообразия навыков и умений, и преимуществом здесь является наличие специализированной многодисциплинарной бригады. Бригада, которую обычно возглавляет педиатр, должна иметь возможность привлекать для оценки не только психиатров, психологов и социальных работников, но и сурдолога, офтальмолога, ортопеда и физиотерапевтов. В бригаду должны также входить дефектологи и логопеды.

Такая группа должна занимать центральное место в планировании работы по удовлетворению нужд детей, направляемых для оценки и вынесения рекомендаций.

В первую очередь необходимо провести медицинскую и психиатрическую диагностику. Для целей планирования очень важно поставить диагноз как можно раньше в жизни ребенка. Такой диагноз представляет собой диагностическую формулировку, составленную на основе детальной истории болезни и обследования с использованием специальных методов на предмет, например, хромосомных или метаболических расстройств (см. Главы 3, 7 и Приложение 1).

Обычно данному диагнозу сопутствуют коморбидные расстройства. Например, наряду с умственной отсталостью очень частым **диагнозом по оси 1** является аутизм или гиперактивность. Этот диагноз следует объяснить родителям или опекунам. В прошлом неумение сообщать диагноз должным образом приводило к тому, что семьи необоснованно испытывали сильный стресс. Диагноз окажет серьезное влияние на составление плана помощи. Потребуется также психолого-педагогическая

оценка с использованием соответствующих тестов для проверки способностей ребенка к обучению.

### **Поддержка семьи**

Маленькие дети с данным расстройством не представляют собой особой проблемы для родителей или попечителей. Многие из потенциальных проблем невозможно увидеть на ранних стадиях развития, и умственно отсталый ребенок может выглядеть как относительно нормальный. Например, недержание у 2-летних детей является обычным явлением, тогда как у 20-летнего это будет большой проблемой. Основным здесь становится вопрос: как семья будет справляться по мере взросления ребенка?

Цель данной программы состоит в том, чтобы дать ребенку все возможные шансы на лучшую жизнь с учетом его недееспособности и вне зависимости от степени ее тяжести.

- Следует оценить, в какой мере ребенок обеспечен питанием, кровом, одеждой. Может ли он воспитываться дома? Если нет, не потому ли, что родители не хотят заниматься таким ребенком, или не потому ли, что не необходимой поддержки со стороны социальных служб?

- Какая поддержка необходима для ухода за ребенком. Могут ли родители обходиться самостоятельно, или ребенка необходимо время от времени помещать в детское учреждение, чтобы они могли отдохнуть?

- Имеются ли какие-либо другие полезные службы, обращение в которые принесет пользу ребенку?

### **Медицинское обслуживание**

Как было упомянуто во введении к данной главе, ребенок может перенести болезнь, которая окажет неблагоприятное воздействие на его развитие, но после выздоровления он не должен считаться больным. Гораздо полезнее считать его развивающимся ребенком, пусть такое развитие и происходит медленнее, чем у других детей. Их школьная программа может отличаться от обычной лишь немного или радикально в зависимости от уровня инвалидности и интеллекта. Равным образом, медицинские потребности также будут индивидуальными. Например, ребенок с умственной отсталостью может также страдать астмой, не связанной с умственной отсталостью. Астма нуждается в таком же лечении, как и астма у других детей.

У некоторых детей расстройство в целом включает в себя помимо умственной отсталости и какое-то другое медицинское состояние. Например, синдром Дауна может также быть причиной сердечно-сосу-

дистых поражений, таких как открытый артериальный проток и дефект межжелудочковой перегородки. Такие дети и взрослые имеют такие же права на получение медицинской помощи, как и любой другой человек. Этот же принцип касается коррекции любых дефектов зрения и слуха.

Необходимо обсудить с родителями диагноз, прогноз и лечение (на это, вероятно, потребуется более одного посещения клиники ими). Во время таких встреч необходимо рассмотреть все аспекты проблемы ребенка, включая посещение школы, медицинскую помощь и, особенно, социальную помощь. Дети со специфическими расстройствами, такими как расстройства аутистического спектра, могут иметь возможность присоединиться или связаться с национальными или международными обществами или клубами, которые, скорее всего, имеют свой Интернет-сайт и информационный бюллетень с информацией об имеющейся у ребенка инвалидности. Что касается других членов семьи, может оказаться полезным, например, генетическое консультирование для родителей (см. Главу 7).

**Вопросы поддержки в области образования** для детей с проблемами обучаемости следует рассмотреть в раннем возрасте.

Все дети должны получить образование, но не всегда в обычном смысле этого слова. Обучение в подростковый период может, например, включать в себя обучение подсчету денег или даже соблюдение элементарной физической гигиены и половое просвещение. Важно определить на раннем этапе, как ребенок будет обучаться и где, включая все аспекты, например, обучение речи и языку.

## **Социальная работа и психиатрическая поддержка**

Социальный работник является ключевым специалистом, занимающимся оказанием помощи и поддержки ребенку с проблемами обучаемости и его семье. Его работа может включать следующие обязанности, навыки и умения:

1. Наблюдение и оценка прогресса. Оказание помощи и поддержки клиентам с проблемами обучаемости требует тщательного планирования нужд семьи и финансовых затрат. Это следует делать профессионально.

2. Большую пользу при проблемах поведения могут принести методы поведенческой терапии, включая обучение социальным навыкам, как описано в Главе 12. Это требует подготовки в области поведенческой терапии. Социальные работники – это те специалисты, которые могут овладеть таким видом терапии.

3. Психотерапия и семейная поддержка. Этот вид поддержки является ключевым в хорошей практике работы с семьями, имеющими проблемы с обучаемостью.

## Оценка эффективности

Вышеописанное представляет собой целый подход к умственной отсталости, начало которому было положено Вольфенсбергером в 1960-х годах (см. например Wolfensberger 1993). Движение, названное «нормализацией», было реакцией против пренебрежения и социальной изоляции, которые сопровождали институциональную помощь в тот период. Результат оказался настолько далеко идущим и полезным для умственно отсталых людей, что для описания потребуется отдельная книга. Этот подход представляет собой гуманизацию жизни умственно отсталых людей – как детей, так и взрослых.

### *Дополнительная литература*

1. *Wolfensberger W.* Social Role Valorisation: a proposed new term for the principle of normalisation. *Mental Retardation* 21. 1993. P. 234–239.

2. Learning Disability Coalition (Коалиция по необучаемости).

*Это – специализированная группа, оказывающая поддержку людям с умственной отсталостью. Этот вебсайт предназначен, главным образом, для взрослых с проблемами обучаемости. Адрес сайта: [learningdisabilitycoalition.org.uk](http://learningdisabilitycoalition.org.uk)*

3. Down Syndrome Education Trust (Образовательный трест для людей с синдромом Дауна) ([downsed.org](http://downsed.org)) – превосходный вебсайт с обширным материалом для чтения.

## ГЛАВА 21.

# ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

### Определение проблемы

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) у подростков может вызвать различные последствия: приводы в полицию, дорожно-транспортные происшествия, попадание в больничное отделение неотложной помощи после драки. Кроме того, такой подросток может попасть в психиатрическую клинику с депрессией, нуждаясь в соответствующей помощи.

В последние двадцать пять лет среди молодых людей наблюдается быстрый рост чрезмерного потребления таких веществ во всем мире, при этом иногда они употребляют несколько наркотиков одновременно. В прошлом мальчики подросткового возраста употребляли наркотики чаще, чем девочки при соотношении приблизительно 3:1. В последнее время в западных странах рост потребления ПАВ особенно заметен среди девочек, при этом снижается возраст начала их употребления.

Основные рекреационные наркотики кодируются в МКБ-10 отдельно под кодами F10–19 и приводятся в Таблице 1 в Приложении 1, но в целом системы классификации имеют ограниченную пользу в случае подростков.

### Наркотики, которые обычно употребляются подростками

**Алкоголь** – один из самых известных и наиболее популярных рекреационных веществ. Он широко используется подростками, при этом законодательные ограничения во всех случаях дают лишь частичный эффект. Интоксикация или передозировка не являются тривиальными. На начальной стадии речь становится нечленораздельной, нарушается походка, замедляется мышление, меняется поведение, возникает расторможенность, склонность к спорам. Такое поведение может легко перерасти в физическую агрессию, если к этому располагает социальная атмосфера. Передозировка является обычной среди более молодых и неопытных подростков, что также опасно. Часто отношение к ней является не столь серьезным, хотя она может привести к летальному исходу, особенно в холодную погоду вследствие нарушения температурного режима и последующей гипотермии. Нарушение работы желудочно-кишечного тракта в бессознательном или полусознательном состоянии может вызывать

рвоту с попаданием содержания желудка в дыхательные пути с фатальными последствиями. Другие серьезные осложнения связаны с резкой отменой, включая припадки и бред, что требует срочного медицинского вмешательства.

Физическая зависимость от алкоголя, т. е. синдром тяги к употреблению алкоголя наряду с сужением сферы интересов, вращающихся вокруг спиртного, и повышенная стойкость к большим дозам, менее характерны для пьющих подростков, чем для взрослых. С другой стороны, употребление алкоголя часто сопровождается коморбидностью в виде расстройства поведения, гиперкинетического синдрома, депрессии, склонности к самоубийству или попыткам самоубийства, неустойчивости, которые часто предшествуют злоупотреблению алкоголем в истории развития.

Это означает, что необходимо обязательно задавать вопросы об употреблении наркотиков и алкоголя при оценке расстройств у подростков и даже детей, особенно в случаях расстройства поведения, оппозиционно-вызывающего поведения или гиперкинетического синдрома, проблем в школе или, реже, серьезных психических заболеваний, таких как депрессия и (у подростков старшего возраста) шизофрения.

**Влияние чрезмерного потребления алкоголя и других ПАВ в семье.** Чрезмерное потребление алкоголя и других психоактивных веществ родителями чревато угрозой нормальному развитию всех детей и других членов семьи. Во-первых, нужды всех детей, такие как пища, образование, уход и благополучие вынуждены конкурировать за денежные средства у родителей, злоупотребляющих ПАВ. Во-вторых, буйное поведение пьяных родителей создает атмосферу насилия и дает детям пример злоупотребления ПАВ и агрессии. Мужчины с большей вероятностью могут пристраститься к алкоголю, чем женщины, с более буйными и деструктивными последствиями.

С другой стороны у беременных женщин употребление больших доз алкоголя вредит развитию плода с формированием так называемого эмбрионального алкогольного синдрома. Это характеризуется микроцефалией, короткими глазными щелями, сглаженным губным желобком и легкой умственной отсталостью у потомства.

**Каннабис.** Обычно его курят. В целом, он оказывает седативный эффект и вызывает у курильщика ощущение эйфории. После вдыхания наркотик быстро усваивается, субъективный эффект наступает быстро длится примерно 15–30 минут. Человек испытывает состояние покоя и счастья. Время замедляется. У неопытного потребителя может возникнуть паника в связи с незнакомым эффектом тахикардии или причудливыми, но обычно приятными сенсорными иллюзиями мерцающего света или дорожки образов, следующих за движением объекта. Эти па-

нические приступы или волнение могут потребовать терапевтической седации, например, бензодиазепином.

Последние исследования выявили намного более серьезные побочные эффекты каннабиса, особенно его недавних более сильных форм. Как оказалось, он способствует возникновению шизофрении.

И алкоголь, и каннабис признаны психоактивными веществами, которые наряду с угрозой психическому здоровью могут привести подростка к употреблению более серьезных наркотических веществ в будущем.

**Домашние транквилизаторы.** Эти препараты часто содержат бензодиазепины. Подростки могут получить к ним доступ дома или в результате кражи. Употребляются они на вечеринках, поп-концертах и т. д., в основном, беспорядочно и нерегулярно.

**Ингалянты.** Это летучие углеводородные вещества, которые вдыхаются непосредственно из тюбиков (клей, бензин, лак, растворитель). Они обычно употребляются подростками младшего возраста, которые попадают в сферу внимания медиков при госпитализации с атаксией и бредом и острой спутанностью сознания. Им может потребоваться поддерживающий уход и наблюдение за их психическим состоянием, возможно, в связи длительным нарушением мозговой деятельности, включая в когнитивную и аффективную функцию. Токсикоманов можно часто определить по повреждениям кожи на лице или вокруг рта в местах, где они прикладывают полиэтиленовый пакет, содержащий вдыхаемое вещество.

**Амфетамины.** Прием этой группы препаратов обычно осуществляется перорально. Они оказывают стимулирующий эффект, вызывают ощущение хорошего самочувствия, повышенной энергии и физической активности. Нежелательными эффектами являются бессонница, паранойя и агрессивность. Высокая физическая активность может привести к артериальной гипертензии и, как следствие, к мозговому кровотечению, приступам и гипертермии. Подросток, принявший большое количество амфетамина, будет легковозбудимым, испуганным. Существует опасность того, что любое приближение врача или медсестры будет трактоваться параноидально, поэтому важно действовать спокойно и выдержанно. Регулярное употребление этого препарата может вызвать привычку, но не такую же зависимость, как в случае употребления кокаина.

**Кокаин.** Это наркотическое средство обычно нюхают, курят с использованием трубки или вводят инъекционно. Кокаин – это стимулянт, дающий эффект, сходный с эффектом от амфетаминов. Он вызывает сильную зависимость, и случаи успешного отказа от него среди систе-

матических потребителей редки, а вероятно, и невозможны без обязательного стационарного лечения.

**Опиаты.** Это так называемые «жестокие» наркотические средства, к которым принадлежат морфий и его производное – героин. Они запрещены к применению за исключением случаев медицинского назначения. Основная опасность опиатов заключается в том, что они вызывают сильнейшую зависимость и способны угнетать дыхание, что часто ведет к смерти. Вскоре после начала употребления наркотика подросток теряет всякий интерес к чему-либо помимо общения с небольшой группой таких же потребителей и поиска возможностей удовлетворить свою потребность в наркотике. Еще большую опасность представляет переход от орального потребления к внутривенному, когда часто иглы и шприцы используются совместно с другими, что создает риск заражения переносимыми с кровью инфекциями, такими как вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и гепатит С.

После формирования зависимости сознательный отказ редок. Человек, желающий бросить употребление наркотика, будет нуждаться в медицинском лечении.

**Лабораторное тестирование на наркотики и алкоголь** может проводиться с использованием мочи, крови, анализаторов дыхания, а также в последнее время является важным компонентом оценки и лечения. Образцы следует брать под контролем. Большинство распространенных наркотиков можно определить с помощью готовых наркотестов для анализа мочи, но наркотик в моче сохраняется ограниченное время. Короткоживущие бензодиазепины и барбитураты можно обнаружить только в течение 24 часов после приема, а большинство других наркотиков определяется в течение более длительного времени, чем 24 часа, включая амфетамины, героин и кокаин. Каннабис, если человек курит его постоянно, может присутствовать в моче в течение нескольких дней.

### **Диагностическая формулировка и планирование лечения детей и подростков, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками**

Методика, на которую опирается эта книга, распространяется также и на несовершеннолетних наркопотребителей. Прежде всего, необходимо тщательно зафиксировать историю болезни с обеспечением конфиденциальности в ходе собеседования с самим клиентом, а затем с близким родственником. Следует рассмотреть необходимость обращения в школу, правоохранительные органы, детские службы, педиатрическую и общемедицинскую службу, и, если это может принести пользу, связаться



с указанными ведомствами, проинформировав семью. Наконец, следует выработать диагностическую формулировку и план лечения. Необходимо во всех случаях обращать внимание на наличие у подростков, употребляющих наркотики и алкоголь, распространенных коморбидных проблем, таких как нарушения поведения, гиперкинетические расстройства и расстройства настроения. Важно также проверить половое здоровье, включая обследование на наличие болезней, передающихся половым путем, и обеспечить консультирование на предмет нежелательной беременности.

Наркологические услуги должны оказываться отдельно от обычных детских психиатрических услуг, так как лечение таких детей и подростков требует особых знаний, умений и навыков, связанных, в частности, с их возможным участием в преступной деятельности. Равным образом, детско-подростковая наркологическая клиника должна находиться отдельно от наркологической клиники для взрослых.

Полезно начинать лечение, если оно показано, с рассмотрения цели, которой должен достичь подросток или его близкие, пройдя через ряд этапов. Например, современный подросток должен:

1. Успешно продолжить и завершить свое образование.
2. Выработать ряд интересов, которые станут основой для продолжения образования и карьеры во взрослой жизни.
3. Научиться строить и поддерживать дружбу и социальные контакты с семьей и другими людьми.

Одним из самых серьезных последствий злоупотребления психоактивными веществами в подростковом возрасте является то, что обычный опыт нормального развития в подростковый период искажается интересом только к наркотикам и алкоголю. Задача врача заключается в том, чтобы выявлять молодых людей, которые испытывают серьезные трудности в достижении «вех» развития, которых от них ожидает общество, и которые, в определенной степени, выбираются ими самими.

Если молодой человек готов пройти программу лечения, такая программа должна стать ему доступной. В лечении следует обеспечить в максимально возможной степени активное сотрудничество семьи.

Подросток, имеющий проблемы и неприятности с наркотиками или алкоголем, скорее всего, попытается ввести в заблуждение клинициста в отношении тяжести своей проблемы. Такой обман следует уметь определять и открыто говорить об этом.

### **Психологические подходы в лечении подростков. Концепция ключевого работника**

Реабилитация – это больше, чем простое прекращение приема наркотиков. Необходимо сформировать альтернативный образ жизни, чтобы избежать раннего рецидива. Такой образ жизни должен обеспечить

ее полноту, быть более привлекательным, чем употребление наркотиков в долгосрочной перспективе. Лечение с большей долей вероятности будет более эффективным, если оно проводится опытными терапевтами, которым клиент доверяет. Например, лучше, если терапевт является выходцем из того же социального класса и поколения. Практикуется подход с использованием так называемого «ключевого работника», функции которого может выполнять любой работник – медсестра, фельдшер или другой специалист, занимающийся работой детьми и подростками, употребляющими ПАВ (см. также Главу 19 о жестоком обращении и защите детей). Важным моментом является то, что такой ключевой работник является тем человеком, через которого молодой клиент находится в постоянном контакте с наркологической службой.

Оценки методов лечения тех, кто злоупотребляет ПАВ, показали, что работа с семьей с особым вниманием к антиобщественному поведению молодого пациента дает наибольший эффект (см. Szapocznik J. and Williams R. A. (2000), где содержится интересное обсуждение вопроса.

Второе общее правило состоит в том, что в качестве основы следует взять принципы общепринятой терапии, такой как когнитивная поведенческая терапия, которым ключевой работник должен обучиться. Более эффективными, скорее всего, будут программы, содержащие альтернативные виды деятельности, особенно групповые, нежели морализаторские лекции. Полезно найти возможности для взаимодействия и общения с ровесниками, которые не употребляют наркотики и алкоголь, включиться в обычную подростковую жизнь. Например, пользу может принести посещение школы или альтернативных форм обучения.

В долгосрочной перспективе полезным подходом является **программа профилактики рецидивов**. Такие программы стали результатом вывода, что легче добиться прекращения приема наркотиков и алкоголя, чем обеспечить устойчивый отказ от их употребления.

В рамках этого подхода молодому человеку, отказавшемуся от своей привычки, помогают осознать ту цепочку искушений, которая может вновь привести к рецидиву. Иными словами, в его жизни могут возникнуть социальные ситуации, разочарования, социальная отверженность и субъективные психические состояния, такие как депрессия или тревога, которые могут привести к срыву и возврату к наркотикам или алкоголю. Их можно назвать ситуациями высокого риска. Их не так легко определить, так как подростку может быть трудно анализировать свой неприятный опыт в степени, достаточной для определения ситуаций, с которыми он не способен справиться.

В долгосрочной перспективе необходимо снизить вероятность развития какого-либо психического расстройства, например депрессии, и обеспечить диагностику и лечение, если такое осложнение будет иметь место.

Следует обратить внимание на другие аспекты физического здоровья, такие как стоматологические проблемы и болезни ротовой полости,

а также на болезни и последствия бродажничества и бедности – недоедание и переохлаждение.

Важно проводить профилактику криминального поведения (например, для получения средств на наркотики) и принимать эффективные меры в случае нарушений закона.

В целом, важно обеспечить снижение смертности от нескольких из описанных выше проблем, например, самоубийство или СПИД (заболевание, вызванное вирусом ВИЧ), гепатит, передозировка, недоедание, пренебрежение своим здоровьем, воздействие физических факторов.

### Фармакотерапия

Этот вид терапии в меньшей мере уместен для лечения подростков от наркотической или алкогольной зависимости, чем в лечении взрослых, но для лечения опиатной и, в некоторых случаях, кокаиновой зависимости необходимы знания и опыт наркологического лечения.

**Кокаин:** существует не так много препаратов, которые можно предложить, например, тягу можно облегчить до некоторой степени с помощью амантадина (дофаминергическое средство) в дозе по 100 мг в день или дезипрамина (орициклический антидепрессант).

**Опиаты:** по названным выше причинам употребление опиатов представляет большую опасность. Клиент, возможно, уже решил отказаться от наркотика без посторонней помощи. Некоторым это удастся, но с большим трудом. Другие нуждаются в помощи специалистов. Для лечения используются два вида опиатов: метадон (начиная с дозы 30 мг в день) и бупренорфин (начиная с дозы 4 мг в день). Это альтернативные опиатные препараты длительного действия, которые используются для контроля и стабилизации состояния клиента. Это осуществляется в амбулаторном режиме или в стационаре. Первый шаг заключается в том, чтобы выяснить уровень потребления опиатов. Лофексидин представляет собой неопиоидный препарат, поэтому он более безопасен в случаях, когда нет уверенности в сотрудничестве со стороны клиента. После стабилизации состояния можно предпринять попытку постепенного снижения потребляемой дозы.

### Примечание относительно ВИЧ/СПИД

ВИЧ – это название инфекционного вируса: Вирус Иммунодефицита Человека.

СПИД – название болезни, которую этот вирус вызывает: Синдром Приобретенного ИммуноДефицита. ВИЧ может передаваться в высоких

концентрациях с кровью, спермой, влагалищной жидкостью и грудным молоком. Он не передается через кожный контакт, пот или слюну.

В данном разделе дается лишь самая общая информация. Более полную информацию о ВИЧ/СПИДе можно найти в учебниках по болезням, передающимся половым путем, и в Интернете, например, по адресу: [www.tht.org.uk/informationresources/publications](http://www.tht.org.uk/informationresources/publications)

Важность данного примечания состоит в том, что распространение ВИЧ в целом связывается с эпидемией в Африке. Однако этот вирус не соблюдает континентальных границ и в настоящее время чаще выявляется среди ранее незараженных групп населения в Азии и Восточной Европе, чем в Африке. Детским психиатрам и педиатрам принадлежит важная роль в борьбе с ВИЧ. В случае подозрения на ВИЧ они должны оперативно направлять пациентов к специалистам по болезням, передающимся половым путем. Особому риску подвержены четыре группы.

1. Беременные, которые могут передать вирус своему ребенку.

2. Их младенцы вследствие вертикальной передачи (т. е. от матери к ребенку). Такая передача может произойти двумя путями:

– инфицирование в момент рождения через кровь или влагалищную жидкость. На этот путь вертикальной передачи приходится 90 % случаев заражения в мире.

– через кормление грудью.

Вертикальную передачу можно предотвратить с помощью приема антивирусных препаратов в ходе родов или с помощью родов кесаревым сечением – во всех случаях с последующим гигиеническим искусственным кормлением.

3. Молодые люди обоего пола с высокорискованным поведением, которое включает:

– совместное использование игл и шприцев молодыми потребителями внутривенных наркотиков.

– незащищенный секс, т. е. секс между мужчинами без использования презерватива и секс между мужчинами и женщинами также без использования презерватива.

4. Через переливание зараженной крови.

Воздействие этой эпидемии на детей в любом возрасте оказывается весьма серьезным. Во-первых, сиротеют дети, чьи родители – один или оба – умирают от СПИДа или болезней, сопутствующих СПИДу. Согласно оценкам, в настоящее время в мире насчитывается более 15 миллионов таких сирот, и их число ежедневно растет. Сами матери часто являются молодыми женщинами с грузом других тяжелых проблем: бедность, наркомания и бездомность, что вынуждает их торговать собой, при этом часто секс бывает незащищенным. Все это представляет собой дополнительный риск для женщин и их будущего потомства.

Во-вторых, есть уже зараженные дети.

**Вертикально зараженный младенец и ребенок.** Детская инфекция может быть прогрессирующей или статичной. В прогрессирующих случаях в течение первых двух лет жизни эти дети, прежде всего, плохо развиваются, теряют вес, находятся в бедственном положении (о проблемах развития детей см. Главу 26). Далее у них может развиться прогрессирующая энцефалопатия, имеющая черты дезинтегративного расстройства (см. Приложение 1). Иными словами, это состояние характеризуется потерей всех способностей, которые сформировались у ребенка в первые месяцы: моторная функция, неврологический статус и коммуникативные навыки (речь и язык). Синдром напоминает деменцию при СПИДе у взрослых, но темп ухудшения и смертность обычно выше, чем у взрослых и непосредственно связана с вирусной нагрузкой. С возраста примерно 18 месяцев полезно проводить диагностическое тестирование на ВИЧ, как и у взрослых, для подтверждения диагноза, но в отношении новорожденных такое тестирование не дает достоверных результатов и требуется консультация специалиста.

В последние десять лет были достигнуты большие успехи в лечении с применением комбинации из трех антивирусных препаратов. Основная задача теперь заключается в обеспечении приверженности лечению с использованием сложного режима терапии среди дезорганизованных групп.

### *Дополнительная литература*

1. Клинические рекомендации по лечению наркомании в Великобритании 2007: [www.gov.uk/en/Publications](http://www.gov.uk/en/Publications) <<http://www.gov.uk/en/Publications>>

*Такие детальные руководства публикуются каждые несколько лет британским Министерством здравоохранения и представляют собой авторитетные рекомендации по данной теме.*

2. Weinberg W. A., Harper C. R. and Brumback R. A. Substance use and abuse: Epidemiology, pharmacological considerations, identification and suggestions towards management. Chapter 27 in: Rutter M. and Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. 4<sup>th</sup> Edition. Oxford : Blackwell, 2002.

3. Szapocznik J. and Williams R. A. Brief strategic family therapy: 25 years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. Clinical Child and Family Psychology. 2000. Review 3. P. 117–134.

Латиноамериканские подходы к проблемам алкоголя и наркотиков.

## ГЛАВА 22.

### ШИЗОФРЕНИЯ С НАЧАЛОМ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

#### Краткое описание

(обратитесь к МКБ-10, где приводится более полное определение)

Шизофрения с началом в детстве и раннем подростковом периоде является редким расстройством. Это утверждение прямо противоречит традиционному российскому взгляду, что это расстройство является общераспространенным. Мнение о редкости шизофрении с началом в раннем возрасте строго опирается на следование определению, сформулированному в МКБ-10. Симптомы шизофрении можно разделить на две группы: с одной стороны это так называемые позитивные **активные симптомы**, такие как перцептивные нарушения, включая бред и галлюцинации, особенно слуховые, тревога и волнение; с другой стороны – **негативные симптомы**, включая апатию, расплывчатость и разноплановость мышления, преувеличение незначительных особенностей ситуации. Аффект, сопровождающий эти негативные симптомы, имеет характерную уплощенность и несоответствие. Важно обратить внимание на то, что у детей или подростков преобладают именно негативные симптомы. Эти симптомы не имеют столь яркой выраженности, как положительные, и их легко не заметить при поверхностном обследовании.

#### Патогенез

В аспекте развития шизофрении с началом в раннем возрасте обычно предшествуют другие социальные и поведенческие проблемы, в первую очередь задержки в развитии, особенно речи и языка, дефицитарность социального функционирования и низкий уровень интеллекта. Хотя такие же отклонения в развитии отмечаются и у взрослых пациентов с данным заболеванием, в случаях ранней шизофрении уровень этих проблем выше. В семье зачастую присутствует родственник, имеющий либо шизофрению, либо, в свою очередь, проблемы развития (Werry and Taylor 1994; Hollis 2002).

#### Эпидемиология

Единственное измерение распространенности вывило 0,9 случая на 10 000 населения в возрасте 13 лет. Распространенность возрастает в подростковый период.

При шизофрении с началом в раннем возрасте это расстройство обычно присутствует в истории семьи.

### **Возможная причина шизофрении с началом в раннем возрасте**

Тот факт, что шизофрения с началом в раннем возрасте существует, хотя и встречается редко, дает возможность предположить, что истоки рассматриваемого заболевания кроются в раннем развитии. Свидетельством этому является то, что для ранней детской шизофрении характерна более тяжелая негативная симптоматика, большая недееспособность и более сильная обусловленность семейной историей, чем шизофрения во взрослом периоде.

Старая формулировка шизофрении сравнивала ее с неврологически деструктивной деменцией и с тяжелыми аффективными расстройствами. Такие расстройства были названы «функциональными», так как считалось, что в основе психологического расстройства лежит неврологическая составляющая. Было показано, что это совсем не соответствует истине. Просто средства изучения нервной ткани не были достаточно чувствительными, чтобы выявить отклонения. С тех пор появились более совершенные методики для изучения субмикроскопической клеточной структуры, и стало возможно показать, что в отличие от деменции проблемой при шизофрении является не смерть нейронных клеток, а скорее сеть дендритов, связывающих нейроны, число которых значительно уменьшается. Такое явление имеет место преимущественно в лобных и височных долях коры головного мозга. Эти части мозга отстают в развитии по сравнению с контрольной группой с нормальным развитием в подростковый период.

Большая обусловленность истории семьи при детской и раннеподростковой шизофрении по сравнению со взрослой и отсутствие явного наследования по менделевскому принципу указывает на возможность того, что наследование обусловлено комбинированным действием многих генов, работающих во взаимодействии (см. Главу 7). В этом контексте интересно то, что шизотипическое расстройство, часто относимое к расстройствам личности, характеризуется социальной изоляцией с эксцентричным поведением, необычными переживаниями, а в некоторых случаях периодами иллюзий или бредовых идей. Дальнейшие исследования должны помочь глубже понять эту группу очень тяжелых и загадочных расстройств.

## Клиническая оценка

Начальные нарушения данного расстройства обычно коварны и отличаются в каждом конкретном случае. Общим признаком чаще всего являются задержки развития, особенно языка и речи. Проявления ранней детской шизофрении легко спутать с другими расстройствами, что требует проведения обширной дифференциальной диагностики. По этим причинам очень большое значение отводится сбору анамнестических сведений. Хотя генетический компонент занимает важное место в этиологии рассматриваемого заболевания, семейная история может дать лишь небольшое понимание проблемы.

## Дифференциальный диагноз

При обследовании необходимо учесть другие нарушения, с которыми можно спутать шизофрению с ранним началом:

**Аффективное расстройство.** Клиническую картину расстройств настроения с психотическими симптомами у подростков часто особенно трудно отличить от шизофрении, и такая путаница случается примерно в 50 % случаев. С целью верификации диагноза может потребоваться последующий контроль.

**Органические расстройства.** Широкий диапазон органических расстройств у молодых людей можно ошибочно принять за шизофрению. К ним относятся органические бредовые расстройства (обусловленные широким спектром соматической патологии), пароксизмальные расстройства, опухоли, пороки развития, черепно-мозговые травмы.

**Непсихотические поведенческие или эмоциональные расстройства, особенно диссоциативные.** Такие состояния могут иметь психотические черты, но эти черты не являются яркими. Их следует должным образом диагностировать, так как важно избежать назначения таким молодым пациентам нейролептических препаратов, которые не дадут эффекта, но потенциально обладают вредными побочными действиями.

**Общие расстройства развития и детский аутизм.** Эти нарушения часто путают с шизофренией с началом в раннем возрасте. Психотические явления, если они присутствуют вообще, составляют относительно незначительную часть общей картины общего расстройства развития и аутизма. В отличие от шизофрении картина при указанных расстройствах характеризуется аномальным развитием с самого начала, тогда как в шизофрении присутствует период относительно нормального развития в раннем детстве. При постановке диагноза следует рассмотреть все категории общего расстройства развития.

**Обсессивно-компульсивное расстройство.** Обсессивные симптомы этого нарушения могут быть приняты за бред. Важным отличием в боль-



шинстве случаев является то, что пациент признает наличие у него навязчивых идей как отклонение, а психотический пациент нет.

**Психозы, вызванные приемом химических веществ.** Недавнее исследование подтвердило, что шизофреноподобные заболевания могут иногда встречаться у подростков вследствие приема церебральных стимулянтов.

**Необучаемость в умеренной или тяжелой степени.** Это общераспространенный симптом, сопровождающий шизофрению с началом в раннем возрасте. Ее следует распознать и сопоставить с другими компонентами синдрома в целом, чтобы можно было сформировать единую картину.

**Прогноз.** Прогноз при шизофрении с началом в раннем возрасте в целом неблагоприятный, но при этом наблюдается большой разброс между разными случаями. Это означает, что некоторые из таких молодых пациентов имеют шанс на благоприятный результат при соответствующем лечении.

**Неврологическое обследование.** Случаи шизофрении с началом в раннем возрасте характеризуются неврологическими отклонениями, схожими с шизофренией у взрослых. Размер мозга меньше, и он легче, чем в норме. В недавнем исследовании, в котором измерялось мозговое кровообращение, было выявлено пониженное кровоснабжение височных и предлобных долей.

### **Клиническая практика.**

#### **Диагностическая формулировка и план лечения**

Вышеупомянутое недавнее исследование стало началом раскрытия природы шизофрении. Это одно из самых страшных психических расстройств, которое когда-либо поражало человека. Шизофрения еще не побеждена, но мы лучше понимаем ее, и исследования этого расстройства быстро прогрессируют.

### **Медикаментозное лечение**

Этот вид является единственным специфическим эффективным лечением. В клинических испытаниях была установлена эффективность галоперидола (Gilberg 2000), но сейчас препаратами первого выбора являются так называемые новые (атипичные) нейролептики.

**Клозапин.** Это один из новых нейролептиков, который начал использоваться в 1972, но после выявления его подавляющего действия на костный мозг в 2 % случаев этот препарат не использовался в течение многих лет. Впоследствии был разработан эффективный протокол для контроля уровня этого препарата в крови.

## **Показания и противопоказания к использованию новых нейролептиков (Remschmidt et al. 2000)**

Шизофрения является основным показанием для назначения всех новых нейролептиков в детском и подростковом возрасте. Наиболее популярными являются клозапин, оланзапин и рисперидон. В большинстве стран они рекомендованы к применению только тогда, когда обычные препараты не дают результата. Основное преимущество этих трех препаратов является относительная свобода от экстрапирамидных побочных эффектов.

Более подробное описание лечения с использованием традиционных и новых нейролептиков можно найти в Главе 15 по фармакотерапии, а также работах (Campbell et al. 1993; Remschmidt 2000 – Spencer and Campbell 1994).

### **Лечение и реабилитация**

Уже на раннем этапе следует выработать клинический план лечения как описано во введении к Части 3 этой книги. Например:

Проанализируйте другие потребности ребенка помимо связанных с самой шизофренией. Каковы успехи ребенка в школе? Что еще делает его недееспособным, если такие факторы есть? Каковы сильные стороны ребенка? Какую поддержку оказывает семья?

Если ребенок лечится в стационаре, план должен включить в себя поддержание связей с обычной жизнью, насколько это возможно. Это может быть отпуск на выходные, общение с друзьями и родственниками, если они есть. В этом отношении особую роль играет социальный работник. В максимально возможной степени следует обеспечить удовлетворение образовательных нужд и выполнение школьной программы.

### ***Резюме Главы 22***

В последние годы при помощи новых методов неврологического исследования, которые помогли визуализировать отдельные части нервной клетки, достигнут прогресс в понимании шизофрении с началом в раннем возрасте, а также в ее лечении.

### ***Дополнительная литература***

1. Gillberg C. Typical neuroleptics. In: Gillberg (ed). European Child and Adolescent Psychiatry. 2000. Vol. 9. Supplement 1.

2. *Hollis Chris*. Schizophrenia and allied disorders. Chapter 37 in: Rutter M. and Taylor E. *Child and Adolescent Psychiatry*. 2002.
3. *Campbell M., Gonzalez N., Ernst M., Silva R and Werry J*. Antipsychotics. Practitioner's guide to psychoactive drugs for children and adolescents. Werry J. and Aman (eds). New York Plenum, 1993.
4. *Remschmidt H*. In: Gillberg (ed). *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2000. Vol. 9. Supplement 1.
5. *Spencer E. K. and Campbell M*. Children with schizophrenia: diagnosis, phenomenology, and pharmacology. *Schizophrenia*. 1994. Bulletin 20. P. 713–725.
6. *Kumra S., Frazier J. A., Jacobson L. K., McKenna K., Gorden C. T., Lenane M. C., Hamberger S. D., Smith A. K., Albus K. E., Alaghband Rad. J. and Rapoport J. L*. Childhood onset schizophrenia. A double blind clozine haloperidol trial. *Archives of General Psychiatry*. 1996. 53. P. 1090–1097.

## ГЛАВА 23.

### ОБЩИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ. АУТИСТИЧЕСКИЙ СПЕКТР

С учетом особенностей поведения и тяжести проблем, с которыми сталкиваются сами пациенты и их семьи, удивительно, что аутистические состояния у детей стали выявлять с определенностью не так давно – с 1940 года. Две группы исследователей описали аутизм приблизительно в одно и то же время: одну группу возглавлял Лео Каннер в Университете Джона Хопкинса в Балтиморе (США), а другую – Ганс Аспергер в Вене.

Наилучшим введением в эту тему будет конкретный пример из практики. Федя был вторым ребенком в семье Петровых. У него был один брат, который был старше на два года. До возраста пятнадцати месяцев Федя казался тихим и пассивным ребенком, но более ничто не настораживало родителей в его состоянии. Однако после достижения 15 месяцев в отличие от других детей этого возраста в этой местности его развитие прекратилось и даже в некоторой мере обратилось вспять, особенно это касалось языка.

Другие дети – и мальчики, и девочки – все более узнавали свое окружение и других людей. Дома у них развивались основы коммуникативных навыков, которые они начинали применять для формирования дружеских отношений – обычно непостоянных и неглубоких, связанных с простой игрой, например, катанием с горки, которое обычно заканчивалась визгом и смехом или, иногда, слезами. У этих детей появлялось осознание культурного контекста, например, со временем они начинали демонстрировать умение использовать язык, чтобы попросить что-либо, например, любимую игрушку или конфеты. По ним было видно, что они знали, с кем взаимодействуют, что эти люди имеют определенные ожидания в отношении друг друга; они требовали какие-то вещи, начинали вырабатывать правила для игр, выказывали признаки удовольствия, симпатии и гнева, которые можно было легко видеть по выражению лица или глазам. Рождение стало для них временем больших ожиданий, особенно момент разворачивания подарков, который показывал, что это социальное событие приносит им почти такое же удовольствие, как и сам подарок, который был его результатом.

Федя не проявлял ни одного из этих интересов. Он бродил по детской площадке, часто по ее краю, опирался на оградку. От этого оградка постоянно скрипела, и он повторял это раз за разом. Федя не говорил с использованием узнаваемого языка, а пел какую-то песенку или, скорее, монотонно бубнил. Если он хотел есть или пить, его артикуляция становилась яснее, но узнаваемые слова в речи отсутствовали. Воспитателям скоро стало ясно, что с ребенком что-то не так.

Федя научился ходить в том же возрасте, что и другие дети, но ему потребовалось больше времени для того, чтобы научиться контролиро-

вать кишечник и мочевой пузырь. Он страдал запорами, которые были проблемой в течение нескольких лет. Режим сна был необычным. Его было трудно уложить спать, он бродил ночью по квартире, мешая спать родителям и старшему брату. Со временем у Феди возник растущий интерес к трем игрушечным автомобилям, но этот интерес был не таким, как у других детей. У этих машин был шумный маховичок, который издавал звук, похожий на полицейскую сирену. Он играл с этими автомобилями и сиренами так долго, что выводил из себя других членов семьи. Эта постоянная игра была испытанием для нервов родителей. Ел он хорошо, но требовал, чтобы еда на завтрак была всегда одинаковой и впадал буквально в ярость, если вдруг пища или сервировка менялись. Часто главной жертвой его стресса становился старший брат. Приход Нового Года или наступление дня рождения не вызывали у него особого интереса. Для Феди главное удовольствие доставлял шорох оберточной бумаги при разворачивании подарков.

С годами у Феди сформировался определенный язык, но это были отдельные слова или плохо сформулированные короткие фразы. Многие из его слов были неузнаваемыми для чужих людей. Брак родителей подвергся большому стрессу, но ситуация улучшилась, когда наконец была выработана программа обучения и поддержки.

Темы, показанные в данной краткой иллюстрации, начались в возрасте до трех лет. Эти характеристики детского аутизма можно суммировать в трех пунктах:

- **Отсутствие интереса и понимания других людей.** Федя был безразличен к другим детям и взрослым. Это сохранялось на протяжении всей жизни, по крайней мере, до среднего возраста и далее.

- **Качественные отклонения в социальном взаимодействии и характере коммуникации с другими людьми.** Когда Федю, наконец, привели на прием к психологу в связи с его трудностями, был проанализирован его язык, который оказался дефицитарным с точки зрения как качества общения, так формы. Многие из произнесенного было невозможно понять. Он использовал небольшое количество слов для выражения основных желаний, которые он повторял и которые понимала только его мать.

- **Ограниченный, стереотипный и повторяющийся репертуар интересов и действий в целом.** Федя продемонстрировал широкое разнообразие форм поведения, которые сохранились в течение нескольких недель или месяцев, затем уступали другому виду поведения – от скрипа забора на детской площадке до требования одинакового завтрака и однообразной игры с игрушечными автомобилями.

Эти качественные отклонения были устойчивой характеристикой функционирования Феди во всех ситуациях.

**Другие общие, но не существенные характеристики детского аутизма, на которые следует обращать внимание при обследовании**

**ребенка.** Страхи, фобии, нарушения сна и приема пищи, истерики и агрессия по странным причинам (главным образом, вследствие перемен), аутоагрессия (особенно при тяжелой умственной отсталости), отсутствие спонтанности и творческого потенциала, трудности в применении навыков и знаний в практическом мире.

Измерение интеллекта у детей с аутизмом показало наличие широкого диапазона значений, как и у обычных детей, но с повышенной вероятностью умственной отсталости в определенной степени.

В сочетании с аутизмом эти симптомы, скорее всего, будут более устойчивыми, чем у других детей такого же возраста.

**Дифференциальный диагноз: другие нарушения, с которыми можно спутать аутистические расстройства.**

- Реактивное расстройство привязанности (см. соответствующий раздел в данной главе и материалы в главе 19 о жестоком обращении и защите детей).

- Эмоциональные и поведенческие расстройства, связанные с умственной отсталостью (см. Главы 5 и 20).

- Застенчивость.

- Глухота – необходимо проводить тщательное обследование в тех случаях, где возможно наличие глухоты, так как важно начать лечение нарушений слуха как можно раньше.

- Значительная психосоциальная депривация (см. Главы 5 и 19, посвященные расстройству привязанности и жестокому обращению и защите детей).

Более редкие нарушения, которые могут быть ошибочно приняты за аутизм:

- Элективный мутизм – при этом расстройстве ребенок не говорит в одной ситуации, например в школе, но говорит в другой ситуации, например дома. Иногда ребенок имеет другие проблемы развития языка или общую задержку развития языка.

- Специфическое расстройство развития рецептивного языка с эмоциональными проблемами.

## **Синдром Аспергера**

В 1980–90х годах педагоги, психологи и психиатры озаботились проблемой детей, которые демонстрировали хорошее развитие по таким существенным аспектам как речь и язык, но, тем не менее, испытывали те же коммуникативные трудности и имели ограниченные и необычные интересы, которые уже давно были выявлены у детей с аутизмом. За много лет до этого Ганс Аспергер описал подобный синдром. Исследователи, главным образом из англоязычных стран, с осторожностью подходили к определению «аутизм», если у детей речевые навыки, а часто и навыки чтения развивались нормально.

В Главе 7 при обсуждении вопросов генетики детских психических расстройств мы узнали, что многие из наиболее распространенных и серьезных психических заболеваний, таких как биполярное аффективное расстройство и шизофрения, очень часто обусловлены наследственностью (например, такое же расстройство в истории семьи имели несколько родственников), но без четко определяемой структуры наследования. Удалось показать, что причина этого состоит в том, что наследование определяется сочетанным действием нескольких генов, эффект каждого из которых относительно слабо выражен. Аутизм – одно из таких состояний, при этом различные родственники могут иметь различные проявления. У некоторых происходит задержка в развитии речи, у других в ходе развития возникает социальная тревожность. Недавние исследования показали, что все эти «умеренные» или «неполные» вариации аутизма встречаются чаще, чем полный синдром. Дальнейшие исследования пациентов с синдромом Аспергера показали, что среди их родственников наблюдается высокий уровень аутистических нарушений. Эти новейшие результаты привели к изменению позиции в области исследования аутизма. Ввиду частого сосуществования синдрома Аспергера и других аутистических черт у лиц с полным синдромом аутизма позиция, при которой аутизм рассматривается как расстройство, присутствующее или отсутствующее у человека, будет слишком узкой. Было принято понятие «расстройства аутистического спектра», которое ныне считается более полезным и в клинической практике, и в исследованиях.

### **Распространенность расстройств аутистического спектра**

Когда в середине двадцатого столетия аутизм был впервые описан в целом, его распространенность оценивалась на уровне 4 случаев на 10 000 населения. С тех пор диагностика стала более тщательной, а описание этого состояния намного более точным. На каждом этапе оценки распространенности расстройства росли. В настоящее время с переходом к определению расстройств аутистического спектра распространенность оценивается на уровне 1 случай на 100 человек. Это истинная оценка детей, нуждающихся в специальном образовании и лечении, хотя, вероятно, первоначальная оценка включала только более тяжелые случаи расстройства.

### **Другие устойчивые расстройства развития**

Эти нарушения относительно редки.

## **Атипичный аутизм**

Это расстройство можно назвать «почти аутизм», но он не соответствует возрастному критерию и не обладает всеми характеристиками аутизма. Он является вторичным проявлением по отношению к низкому интеллекту или тяжелому расстройству рецептивной речи, которые являются основными. Некоторые из таких детей могут иметь описанную выше комбинацию генов и должны логически попадать в категорию нарушений аутистического спектра.

Другие представители этой категории имеют другие характеристики или причинные факторы.

## **Синдром Ландау-Клеффнера (редкий)**

Это необычное расстройство обусловлено эпилепсией, которая затрагивает речевые зоны головного мозга. Лечение проводится с помощью антиконвульсантов.

## **Синдром Ретта (очень редкий)**

Это недавно обнаруженное расстройство встречается только у девочек. Для него характерно нормальное или почти нормальное развитие до возраста 7–24 месяцев, а затем наступает частичная или полная потеря моторных и речевых навыков, замедление роста головы, присоединяются стереотипные движения, напоминающие ломание рук, и гипервентиляция. Предполагается, что это расстройство является результатом дефекта X-хромосомы. Лечение не существует.

**Другие дезинтегративные расстройства развития (редки)**, включая детский СПИД, распространенность которого может возрастать с развитием пандемии СПИДа.

После периода нормального развития в течение первых двух лет происходит утрата ранее приобретенных навыков в течение нескольких месяцев по нескольким направлениям развития и появление характерных нарушений в социальном и коммуникативном функционировании и поведении. Часто этому предшествует продромальная стадия неопределенной болезни, беспокойство и раздражительность, после чего следует регресс речи и языка. Расстройство может развиваться ступенчато с перемежающимися периодами улучшения и демонстрировать устойчивое ухудшение. Может сочетаться с энцефалопатией.



## **Практическая оценка расстройств аутистического спектра (полный синдром аутизма и синдром Аспергера) и общих расстройств развития**

### **Распознавание и диагностика полного синдрома аутизма и других форм устойчивых расстройств развития.**

Родители могут не знать, что с ребенком что-то не так, до второго или третьего года жизни. К этому моменту у нормально формирующегося ребенка активно развивается простой язык и складываются социальные отношения как со взрослыми, так и с другими детьми, иногда и за пределами дома, например в яслях. На этом этапе необходимо побеседовать с родителями, провести наблюдение за ребенком в семье или в детском саду, выявить какие-либо специфические формы поведения ребенка в социуме.

Многодисциплинарная оценка должна включать:

- Собеседование с родителями для уточнения диагноза и обсуждения будущих планов лечения. Постановку диагноза не следует откладывать, так как чем скорее родители поймут суть необычного и беспокоящего их поведения ребенка, тем скорее ребенок получит ту помощь, в которой он нуждается.

- Специальная структурированная оценка ребенка, включая наблюдение во время игры и собеседования, с учетом возраста ребенка. Данный этап должен включать в себя оценку языка, поведения и эмоциональных реакций, отношений с другими людьми и характер игры.

- Тщательное физическое обследование ребенка, включая неврологический осмотр и поиск стигм туберозного склероза и нейрофиброматоза. Кроме того, следует выполнить полное медицинское обследование ребенка и выполнить меры по защите его здоровья, включая иммунизацию, осмотр окулиста и оториноларинголога и другие профилактические меры. Очень важно помнить, что аутистичные дети не могут сами жаловаться на свое здоровье, когда они испытывают боль или дистресс.

- Для полной оценки прогноза полезно выполнить обычные тесты на измерение интеллекта. Большую помощь при разработке программы лечения могут оказать тесты для оценки статуса развития ребенка, включая Шкалу социальной зрелости Вайнланда. Для использования таких инструментов тестирования необходим специальный навык.

- Лабораторная оценка должна включить в себя, если возможно, хромосомный анализ и электроэнцефалографию.

- Родителям следует предложить генетическое консультирование, где это возможно.

## Принципы лечения

Это расстройство длится всю жизнь, поэтому лечение следует планировать на длительную перспективу, хотя в разные периоды жизни потребности могут быть разными, но в любой период жизни план должен включать в себя:

### Образовательные потребности

Ни один ребенок не должен быть лишен возможности обучения, которое может принести пользу при аутизме, хотя характер обучения будет отличаться от обучения нормальных детей

В первые годы жизни основной акцент, вероятнее всего, придется сделать на интенсивном развитии языка и навыков социального общения. Педагогам придется приложить все усилия, чтобы направлять и поддерживать внимание ребенка в ходе обучения. Большую часть времени обучение придется проводить индивидуально, при этом обучение должно быть конкретным, с механическим заучиванием.

Потребуется решить проблемы поведения, например капризы в отношении приема пищи и истерики. Здесь может оказать пользу простой метод модификации поведения, но его следует применять с достаточно большой настойчивостью (см. Главу 12, где обсуждается методика модификации поведения).

Выбор школы для детей с нарушением аутистического спектра должен быть продуманным. Обычная школа редко подходит для детей с полным синдромом аутизма, хотя общение с другими детьми может принести пользу. Способные к обучению дети с синдромом Аспергера могут справиться с программой обычной школы, но, возможно, им потребуется защита, чтобы их не дразнили и не запугивали другие дети. Это обусловлено их неспособностью читать настроение других детей, а также их реакциями на социальные ситуации, которые могут показаться причудливыми и несоответствующими.

Обучение детей с полным синдромом аутизма должно быть направлено на формирование конкретных практических и социальных навыков, которые помогут ребенку достичь независимости в практической жизни, чтобы они могли, например, пользоваться общественным транспортом, делать покупки, заниматься домашними делами, заботиться о своем здоровье и соблюдать личную гигиену.

## Домашние условия для ребенка с аутизмом

Очень важным вопросом является поддержка родителей, воспитывающих такого ребенка дома.

Несмотря на свою очевидную ограниченную способность к нормальному человеческому взаимодействию, важно, чтобы такие дети проживали в максимально возможной степени со своей семьей.

Диагноз родителям должен сообщить ведущий и уважаемый специалист, и они должны иметь возможность задать вопросы. Если родители любят читать, им следует порекомендовать соответствующую литературу или Интернет-ресурсы о данном расстройстве. Также следует предложить им возможность познакомиться с родителями других детей с подобными проблемами, если это возможно.

При хорошей укомплектованности многодисциплинарной бригады ее специалисты могут помочь родителям разработать программы, направленные на решение проблем поведения, например, вспышек агрессии.

Но много можно достичь также и с помощью специально обученного члена многодисциплинарной бригады, который особо интересуется данным расстройством.

Большую помощь оказывают родительские группы и местные или национальные ассоциации семей с аутичными детьми (см. ссылки ниже). Родителям детей с аутизмом часто предлагают различные, порой экстравагантные средства исцеления. Некоторые из них опираются на часто ошибочные убеждения; другие представляют собой беспринципные криминальные попытки обмануть уязвимых людей. Вебсайт [www.researchautism.net.uk](http://www.researchautism.net.uk) <<http://www.researchautism.net.uk>> может помочь принять трудные решения при встрече с такими проблемами.

Место проживания играет критически важную роль для детей с полным синдромом аутизма. Первым выбором является проживание дома вместе с родителями. Если это представляет слишком большие трудности, следует рассмотреть совместную опеку с детским учреждением или другой семьей. Оказание поддержки родителям, взявшим на себя трудную задачу по воспитанию ребенка в домашних условиях, может потребовать много усилий.

### *Резюме Главы 23*

В данной главе описаны клинические особенности общих аспектов синдрома аутизма с упором на каждую диагностическую группу. Описаны также неврологические характеристики, которые иногда связываются с аутизмом, и обсуждены результаты генетических исследований. Ранний детский аутизм в его исходной форме описан несколько более

детально. Представлен детальный дифференциальный диагноз. Наконец, описаны возможности лечения.

### *Дополнительная литература*

1. Интернет-ресурс:

[www.researchautism.net.uk](http://www.researchautism.net.uk) <<http://www.researchautism.net.uk/>>

Очень ценная информация, особенно о лечении с оценками качества и эффективности.

2. *Lord C. and Bailey A.* Autism Spectrum Disorders. In: Rutter M. and Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. 4<sup>th</sup> Edition. Blackwell Oxford, 2002.

Хорошее описание, особенно результатов последних генетических исследований.

3. *Baron-Cohen S.* Autism and Aspergers Syndrome (The facts series). Oxford : Oxford University Press, 2008.

Краткая современная публикация, содержащая практические рекомендации и интересное описание недавних исследований и прогресса в этой области.

Весьма полезные адреса и вебсайты международных организаций:

Autism Europe,

Rue Monoyer 39 bte11

1000 Brussels, Belgium

Tel:+32 2 675 7505

E-mail: [secretariat@autismeurope.org](mailto:secretariat@autismeurope.org) <<mailto:secretariat@autismeurope.org>>

Website: [www.autismeurope.org](http://www.autismeurope.org) <<http://www.autismeurope.org>>

The National Autistic Society,

393 City Road,

London

England EC1V 1NG.

Tel: +44 20 7833 2299

E-mail: [nas@nas.org.uk](mailto:nas@nas.org.uk) <<mailto:nas@nas.org.uk>>

Website: [www.autism.org.uk](http://www.autism.org.uk) <<http://www.autism.org.uk>>

World Autism Organisation,

Calle Navaleño 9

28033 Madrid,

Spain

Tel: +34 91 766 2222

E-mail: [international@APNA](mailto:international@APNA) <<mailto:international@APNA>> es

## ГЛАВА 24.

### ИНТЕРНАЛИЗИРУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА

#### АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО, В ЧАСТНОСТИ, ДЕПРЕССИЯ

##### Краткое описание

Много исследований было направлено на понимание детской депрессии. Результатом исследований стал широкий спектр выводов – от заключения, что детская депрессия не существует, до мнения, что она ничем не отличается от депрессии у взрослых. В последнее время были проведены более строгие исследования, в рамках которых осуществлялось наблюдение в определенные периоды на протяжении детства и взрослой жизни. Кратко выводы исследователей можно подытожить следующим образом.

Депрессия у детей значительно отличается от депрессии, возникающей в подростковом периоде. Например, в отношении детей менее очевидна большая роль семейной наследственности, присутствующая у подростков и взрослых. Трудно отличить детей, которые по понятным причинам чувствуют себя несчастными, от детей с депрессией.

В подростковый период развития формируется депрессия по взрослому типу. С этого этапа депрессия имеет длительное течение с рецидивами и ремиссиями на протяжении многих лет либо болезнь может состоять только из одного эпизода. Согласно МКБ-10, длительность эпизода должна составлять по крайней мере 2 недели.

Эпизод депрессии заключается в потере интереса и удовольствия, снижении энергии, уменьшении способности к концентрации и потере уверенности в себе и самоуважении. Обычным является пессимизм в отношении будущего. Наблюдаются также биологические изменения, такие как нарушение сна и аппетита. Интенсивность симптомов меняется изо дня в день.

Именно в подростковом периоде впервые проявляется биполярное расстройство. В этом состоянии у молодого человека вместо эпизодов только депрессивного настроения присутствуют колебания между приподнятым и депрессивным. Приподнятое настроение называется гипоманией. При гипомании наблюдается всплеск энергии, великодушия, общительности и болтливости. Она чередуется с депрессивными эпизодами. У младших подростков гипоманиакальные эпизоды вначале возникают редко. Со временем их частота и интенсивность может увеличиться. Рекуррентные расстройства классифицируются отдельно от оди-

ночных эпизодов, а для психотической депрессии имеются специальные категории.

Другим состоянием у подростков является дистимическое расстройство. Оно характеризуется длительными неяркими симптомами депрессии, сохраняющимися на протяжении более двух лет. При всех этих расстройствах повышается риск суицида. Для постановки любого из этих диагнозов необходимо присутствие значительного дистресса и/или проблем в социальном функционировании.

### **Дифференциальный диагноз**

Депрессия у детей и подростков очень часто сопровождается другими расстройствами (коморбидностью), включая тревогу и обсессивно-компульсивные симптомы. Часто присутствуют проблемы поведения, включая оппозиционно-вызывающие нарушения поведения и гиперкинетические расстройства. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, также присутствуют в картине депрессии (см. Главу 21).

Уныние, связанное с болью или другими общими медицинскими симптомами, бывает трудно отличить от депрессии, но внимание в ходе собеседования к психологическим симптомам, таким как чувство вины, никчемности и мысли о самоубийстве поможет в диагностировании депрессии.

Серьезную депрессию в подростковом возрасте иногда трудно отличить от шизофрении с началом в раннем возрасте. И вновь внимательность в ходе собеседования может помочь выявить это отличие.

### **Эпидемиология**

Согласно оценке, полученной в результате общенационального обследования детей в Британии, депрессивные расстройства относительно редки у детей младшего возраста (0,2 % всех детей), при этом частота значительно возрастает среди детей старшего возраста и подростков (1,7 % мальчиков и 1,9 % девочек). Соотношение мальчиков и девочек составляет 1:1 в детском возрасте и 1:2 для подросткового возраста. В западных странах наблюдаются признаки роста распространенности депрессии и возникновение в более раннем возрасте.

### **Прогноз**

Рекуррентность наблюдается примерно в 70 % случаев на протяжении 5 лет. Депрессия раннего возраста связана с большей вероятностью рецидивов.

В нескольких исследованиях было показано, что дети и подростки с депрессией часто проживают в семьях с явной наследственностью по этому расстройству (Harrington et al. 2002). Распространенность депрессии среди прямых родственников пациентов с этим расстройством составляет 30–50 %, особенно у матерей. Имеются существенные доказательства присутствия генетической составляющей в наследственности, но важными факторами являются также лишения в раннем детстве и в настоящем.

### **Оценка – особые моменты**

Взрослые, включая родителей, обычно не замечают симптомы депрессии у детей и подростков. Крайне важна оценка суицидальных намерений. По этим двум причинам следует проявить максимальное внимание при собеседовании и провести тщательную оценку ребенка или подростка. Очень часто депрессию сопровождает коморбидность в форме тревожных расстройств и антисоциального поведения.

### **Обследование**

Разработан ряд вопросников для заполнения самими детьми старшего возраста и подростками, которые используются не для диагностики, а для измерения тяжести симптоматики за какой-то период времени. Дело постановки диагноза лучше предоставить опытному психиатру.

### **Лечение**

Установление терапевтических отношений с ребенком или подростком с депрессией зачастую представляет собой проблему. Такие дети могут проявлять подозрительность, раздражительность, гнев, импульсивность или пассивность. Часто они отказываются от крайне необходимого им лечения. Этот аспект организации лечения требует решения на ранней стадии. Детальное объяснение депрессии, объяснение ребенку и родителям, что происходит с ним, может повысить уровень сотрудничества. На этой острой стадии расстройства полезно представить депрессию как заболевание, которое поддается лечению с помощью психологических методик и лекарственных средств.

## Психотерапия

Психотерапия всегда считалась жизненно важным компонентом любого плана лечения депрессии. В последнее время большой интерес проявляется к отдельным видам психотерапии. В ходе разработки поведенческих методик исследователи отметили, что пассивный, рефлексивный стиль терапии связан с риском усугубления состояния пассивности и угнетенности. С другой стороны, активная терапия может помочь поднять настроение, подтолкнуть пациента к преодолению своего чувства беспомощности, помочь найти смысл в жизни и обрести надежду на будущее.

Наиболее полно было изучено применение когнитивной терапии для лечения детей и подростков с получением положительных результатов (см. недавний обзор в Verdyn 2007). В лечении депрессии у взрослых относительно хорошие результаты дали и другие методы терапии, включая межличностную психотерапию (см. описание в Главе 10). Доказательства ее эффективности для лечения подростков, однако, относительно слабы. Одной из причин этого является меньшая база для проведения исследований (Mufson, Weissman Moreau and Garfinkel 1999).

## Фармакотерапия

Твердая доказательная база по использованию антидепрессантов для лечения детей только начинает формироваться. В течение многих лет, несмотря на отсутствие каких-либо доказательств эффективности, использовались трициклические антидепрессанты, хотя при этом возникала серьезная озабоченность побочными эффектами, включая прямой токсический эффект на сердце (как указывается в Главе 15). В последнее время в ходе клинических контролируемых испытаний было показано, что ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗ) оказывают антидепрессивное действие на подростков. В нескольких клинических испытаниях были получены хорошие результаты по применению флуоксетина. Но появление новых, потенциально эффективных препаратов делает еще более необходимым взвешенный, обоснованный подход к медикаментозному лечению. Доза флуоксетина для получения терапевтического эффекта составляет 20 мг/день. При отсутствии эффекта дозу можно повысить, но если и это не приносит результатов, прием препарата следует отменить.

## Побочные эффекты СИОЗ

Самый серьезный побочный эффект – это усиление суицидальных мыслей и мотивации. По этой причине крайне необходимо регулярно



встречаться с пациентом и проводить краткую оценку его психического состояния. К другим побочным эффектам относятся мания и гипомания, желудочно-кишечные симптомы, неусидчивость, экстрапирамидные симптомы, такие как акатизия и изменение аппетита, сна и половой функции. Эти препараты еще должны пройти процедуру утверждения для лечения детей младшего возраста.

### Выбор лечения

Британский национальный институт клинического мастерства (NICE) рекомендует как медикаментозное лечение с использованием СИОЗ (флуоксетина), так и психотерапию с использованием когнитивной терапии. Оба этих метода лечения имеют свои недостатки. СИОЗы оказывают тревожный побочный эффект в виде появления суицидальных мыслей, а в некоторых исследованиях было установлено, что когнитивная терапия эффективна в сочетании с антидепрессантами группы СИОЗ или неэффективна вовсе. Вероятно, наилучшим принципом здесь будет начинать с когнитивной терапии при легкой депрессии, назначая флуоксетин самостоятельно или в сочетании с когнитивной терапией при более тяжелом расстройстве.

### *Дополнительная литература*

1. Последний наиболее тщательный обзор был сделан Британским национальным институтом клинического мастерства в 2005 г. В нем дается как описание этого расстройства у детей и подростков, так и лечение. Обзор учитывает необходимость того, чтобы дети и подростки понимали характер расстройства. Обзор доступен в Интернете по адресу: [www.nice.org.uk/CG028](http://www.nice.org.uk/CG028) <<http://www.nice.org.uk/CG028>>

Имеется другой более краткий обзор:

2. *Harrington R.* Affective disorders. In: Rutter M. and Taylor E. *Child and Adolescent Psychiatry Oxford* : Blackwell, 2002.

3. *March J., Silva S., Petuski S., Curry J., Wells K. and Fairbank J.* Fluoxetine, cognitive behaviour therapy and their combination for adolescents with depression TADS Study. *Journal of the American Medical Association* 292. 2004. P. 807–20.

4. *Goodyer I., Dubicka B.* et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. 2007. *BMJ*, 335, 142. doi: 10.1136/bmj.39224.494340.55

*Это два высококачественных исследования по данной важной теме, в которых делаются важные, но отличающиеся выводы.*

## Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Мир – это опасное место, и дети не защищены от травм. К проблемам, часто возникающим в современном мире с участием детей, относятся дорожно-транспортные происшествия, землетрясения, ураганы, войны, а также физическое и сексуальное насилие в семье.

Широкое понятие детской реакции на травмирующие события включает в себя три синдрома в МКБ-10. Наиболее серьезным и важным из них является посттравматическое стрессовое расстройство, которое мы представим более подробно. Реакции детей в возрасте старше примерно 7 лет сходны с реакциями взрослых и имеют четыре характеристики.

- Пациент пережил случай или ситуацию исключительной угрозы или катастрофического характера, которые могут вызвать устойчивый стресс почти у любого человека. Такие ситуации не редки. К ним может относиться семейное или сексуальное насилие, военные действия и катастрофы природного или искусственного происхождения, свидетелем которых стал ребенок.

- У ребенка должны присутствовать постоянные воспоминания или переживание стрессора в виде вторгающихся помимо его воли «вспышек», видений наяву или во сне, или он испытывает стресс при столкновении с обстоятельствами, связанными со стрессором или напоминающими о нем. Дети младшего возраста часто озабочены травмирующим случаем, что проявляется в их игре; ночные кошмары и внезапные воспоминания менее обычны и менее четки, чем у взрослых. Маленькие дети часто говорят о травме.

- У ребенка должно присутствовать фактическое уклонение или стремление уклониться от обстоятельств, связанных со стрессором или напоминающих о нем, что не наблюдалось до травмирующего события. Часто у них возникает социальная замкнутость, например, они боятся выйти из дома или пойти в школу.

- Могут возникнуть устойчивые симптомы повышенной психологической чувствительности или возбуждения, например, нарушения сна, гнев или раздражительность, проблемы концентрации, ночные кошмары и генерализованная тревога, в частности, тревога разлуки.

Начало синдрома приходится на первые 6 месяцев после стресса, но у детей он обычно появляется вскоре после травмы.

Часто сопровождается коморбидными нарушениями, чаще всего в виде депрессии, суицидального мышления, генерализованной тревоги и особенно тревоги разлуки. Агрессивность и крайнее неповиновение, вероятно, отражают высокую степень возбуждения или тревогу у таких детей.

Травмирующее событие во многих случаях оказывает воздействие на нескольких членов семьи. То как семья реагирует на кризис, окажет большое влияние на реакцию ребенка.

## Оценка

Необходимо детальное собеседование с родителями или основным попечителем (но не с предполагаемым насильником в случае насилия) для того, чтобы получить полную информацию о случае. Например:

Следует получить описание травмирующего события, время наступления реакции по отношению к событиям, ход развития реакции. То, как родители описывают кризис, поможет получить ключ к тому, как они могут повлиять на ребенка. Важно выявить конкретные детали прямого воздействия травмы. Например, находился ли ребенок в здании школы, когда она загорелась, или только наблюдал со стороны?

Необходимо получить описание других стрессоров и негативных событий в жизни ребенка и его реакции на них. Следует оценить всю симптоматику ребенка, а не только связанную с ПТСР и провести полную диагностическую оценку всех проблем и симптомов.

Следует спросить о других источниках информации, включая ситуацию, приведшую к травме. Она должна быть ясно понята. Это может потребовать опроса нескольких различных свидетелей.

Выяснение истории и беседа с самими ребенком должны проводиться строго ограниченным числом лиц – одним или двумя квалифицированными интервьюерами.

## Лечение

**Ранняя профилактика кризиса и вмешательство.** Считается, что важно вмешаться на раннем этапе, хотя научные свидетельства этого ограничены. Более важными могут оказаться медицинская помощь, питание, транспорт и кров. Имеются наблюдения, что поспешные, неспланированные расспросы могут привести к ухудшению.

Ребенок должен, насколько это возможно, понять, что происходит, в частности, что происходит с ним.

Необходимо обеспечить сокращение длительности и прогрессирования стрессовой реакции и предпринять усилия по предотвращению возникновения расстройства через создание атмосферы спокойствия и эмоциональной защищенности.

Важно проконсультировать родителей о возможных реакциях ребенка на травму, например, у него могут возникнуть сильные переживания, или он может вести себя некоторое время как маленький ребенок.

Важно вселить в ребенка уверенность в его способности справиться с проблемой и не навязывать ненужную «терапию» там, где она не принимается или не нужна.

Если ребенок нуждается в этом, следует дать ему возможность излить свои впечатления, реакции и чувства. Это можно сделать в услови-

ях группы или индивидуально со знакомым человеком, который является относительно нейтральным и спокойным.

При групповой терапии помощь оказывается через выражение солидарности и поддержки членами группы, ребенок может поделиться переживаниями и понять тех, кто уже пережил нечто подобное.

Наиболее важные принципы оказания помощи:

- Амбулаторная помощь или школьная среда являются наиболее удобными для терапии, причем приоритет следует отдавать стабильности домашней жизни ребенка (с родителями, другими родственниками или приемными родителями).

- Пользу может принести набор принципов лечения, подходящий для широкого разнообразия ситуаций и симптомов, так как он может использоваться для оказания помощи различным детям в зависимости от индивидуальной реакции.

- Когнитивно-поведенческая терапия является многообещающим видом психологического лечения, включая когнитивную перестройку, экстинкцию страха, тренинг, а также контролируруемую переоценку травматического опыта в рамках лечебного комплекса или как отдельное вмешательство.

- При желании ребенка, исследование различных состояний, таких как фантазии о мести, вина, самобичевание, скорбь и беспокойство о будущем.

- При очень сильной травме наиболее пригодной формой вмешательства может оказаться помощь в повседневной жизни.

- Исследователями не выявлена какая-либо полезность или эффективность фармакотерапии.

## **Школа**

Школа может стать идеальным местом для оказания помощи. Но полезными могут оказаться также телефонные «горячие линии», образовательные программы и мобилизация социальных связей, включая связи с группами ровесников или семей. Можно стимулировать обсуждение события детьми в группе. Помощь могут также оказать сеансы релаксации.

## **Целевая когнитивная терапия**

Недавнее клиническое испытание подтвердило эффективность когнитивной терапии для оказания помощи при психологической травме в детстве. Такая терапия включает короткий информационный компонент о посттравматическом стрессовом расстройстве, помощь в возврате к нормальной детской жизни, особенно нормализацию сна и понимание

кошмаров. Далее следует помощь в углублении понимания того, что случилось в данном несчастном случае или понимание травмы ребенка. В лечении должны принимать постоянное участие родители или опекуны (Yule W. Smith P. and Perin S. 2007).

### *Дополнительная литература*

Yule W. Post traumatic stress disorders. In: Rutter M. and Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. Oxford : Blackwell.

## **САМОУБИЙСТВО И ПОПЫТКА САМОУБИЙСТВА**

Самоубийство и попытка самоубийства рассматриваются большинством исследователей как разные проблемы, хотя очевидно, что между ними есть много общего. Например, дети и подростки, совершившие попытку самоубийства, характеризуются высоким риском повторения попытки. Каждая следующая попытка чревата тем, что ребенку удастся убить себя. Если взглянуть на это с другой стороны, то наиболее «успешными» эпизодами являются повторные попытки (Shaffer and Piacentini 1994).

### **Самоубийство**

В западных странах случаи самоубийства среди детей редки (в Англии и США около 0,7 на 100 000). Однако в подростковые годы число самоубийств резко возрастает, достигая пика на уровне приблизительно 10 на 100 000 к началу взрослой жизни. Уровень самоубийств среди мальчиков-подростков и юношей заметно вырос в последние десятилетия. В меньшей степени рост суицидов прослеживается в популяции девушек. Эти данные могут отличаться от данных в других странах, например в России. Вполне вероятно, уровень самоубийств будет другим и в различных странах бывшего Советского Союза.

**Факторы, способствующие вероятности совершения самоубийства – прямые факторы.**

- Метод. Попытки самоубийства мальчиками и девочками разных стран совершаются различными методами в соответствии с тем, какие подручные средства они могут использовать. В США, например, чаще применяется огнестрельное оружие, тогда как в Британии любимым ме-

тодом мальчиков и юношей является повешение. Наличие и простота в использовании средств, вероятно, влияет и на результат.

- Эмоциональные кризисы. У молодых людей самоубийство может быть обусловлено столкновением с властью или угрозой наказания. Значительное число самоубийств и среди мальчиков, и среди девочек совершались в течение 24 часов после упоминания о возможности наказания или при реальной угрозе его совершения.

- Подражание. Значимые общественные события, например, смерть кумира подростков, может спровоцировать молодых людей на такие же действия.

#### **Долгосрочные факторы.**

- Дети и молодые люди, совершающие самоубийство, могут иметь родственника, который уже сделал это. Это частично связано с тем фактом, что депрессия часто присутствует в случаях самоубийства и является тем заболеванием, которое носит сильный наследственный характер, особенно у молодых людей.

- Самоубийства тесно связаны с психическими заболеваниями. Тщательные исследования на основе сравнения с контрольной группой показали, что среди самоубийц уровень заболеваемости психическими расстройствами был гораздо выше, чем в контрольной группе. Основными расстройствами, связанными с самоубийством у мальчиков и юношей, были расстройства поведения, проблемы с алкоголем и наркотиками, а у девочек и девушек депрессия и тревожные состояния. Связь с наркотиками и алкоголем может стать объяснением факта, почему уровень самоубийств в последние годы возрос среди мужского населения.

- Важно осознавать, что в истории состоявшихся самоубийств часто присутствует предшествующая попытка самоубийства.

## **Попытка самоубийства**

### **Краткое описание.**

Наиболее распространенным методом в попытках самоубийства является прием психоактивных препаратов или анальгетиков, за которым следуют падение с высоты и попытки повешения. Последний метод более распространен среди мальчиков. Большинство попыток не представляют собой серьезной угрозы жизни, но являются поводом для беспокойства. Во-первых, многим совершенным самоубийствам предшествовали попытки самоубийства, и, во-вторых, они указывают на угнетенность и другие проблемы. Двумя ключевыми аспектами серьезных попыток самоубийства являются:

- Наличие возможностей, в частности, средств для совершения попытки (например, наличие огнестрельного оружия).

- Угнетенность и другие характеристики (например, склонность

к риску, чувство безнадежности и неспособности справиться с проблемой) ребенка или подростка.

#### **Дифференциальный диагноз и сопутствующие заболевания.**

- Попытка самоубийства обычно связана с психическим расстройством, самыми распространенными из которых являются депрессия, расстройства поведения и наркомания. От 25 до 80 % молодых людей, попавших в больницу в результате такой попытки, были в состоянии депрессии. Обычной характеристикой суицидальной попытки при депрессии является чувство безнадежности.

- Депрессия часто связана с импульсивным поведением и расстройствами поведения. В одном из исследований было установлено, что в 70 % случаев попытка самоубийства была предпринята импульсивно (Piacentini 1991). С клинической картиной этого расстройства обычно связана наркомания.

#### **Эпидемиология.**

Попытки самоубийства совершаются гораздо чаще, чем сами самоубийства; примерно четверть всех молодых людей в проведенных опросах сообщили, что у них возникали мысли о самоубийстве, и примерно от 2 до 8 % в развитых странах сообщили о совершении попыток. Большая доля попыток не попадает в поле зрения медиков. Девочки совершают попытки чаще, чем мальчики; кроме того, их попытки гораздо чаще заканчиваются госпитализацией в неотложные отделения.

#### **Социальные факторы.**

Подростки, совершившие попытку самоубийства, гораздо чаще, чем другие сталкивались с негативом в своей жизни, пережили семейный разлад и насилие (Gispart et al 1985).

#### **Прогноз.**

До 50 % попытавшихся совершить самоубийство повторят попытку, из которых фатальными будут примерно 11 % (Shaffer and Piacentini 1994).

#### **Оценка.**

Дети и подростки, вероятнее всего, будут доставлены в больницу скорой помощью, где с ними будут работать обычные врачи, а не психиатры. Полезно, если такие врачи имеют рекомендации, что делать с такими пациентами, и с кем связаться. Необходимы принципы подхода к лечению и стабилизации состояния в острых случаях с последующим участием психиатрической службы. Серьезные попытки должны стать причиной помещения в педиатрическое отделение для наблюдения и психиатрической оценки. Попытка самоубийства может стать следствием кризиса в семье и стремлением улучшить понимание родственника-

ми дистресса, испытываемого подростком. В то же время, предпочтительна ранняя выписка и возвращение к нормальной жизни, если только нет обоснованной причины для задержки (например, клиническая депрессия или активные суицидальные мысли и планы). Перед выпиской должен быть составлен план активного лечения, учитывая при этом, что подростки, совершившие попытку самоубийства, часто уклоняются от лечения.

### **Лечение.**

Вследствие вероятности уклонения от лечения краткий активный курс предпочтительнее долгосрочного лечения. Целесообразно составить план лечения с учетом лежащих в основе попытки проблем молодого человека. Например, такой план может включать в себя:

- Преодоление состояния безнадежности и депрессии с помощью когнитивной терапии.
- Попытка решить отрицательные отношения в семье в ходе встреч с семьей.
- Применение когнитивной терапии для улучшения социальных навыков и установления контроля над импульсивностью.

Доказательства эффективности скудны, причиной чего является отсутствие мотивации и сотрудничества в ходе лечения.

Для лечения депрессии могут быть назначены лекарственные препараты, но следует всегда иметь в виду угрозу принятия чрезмерной дозы.

## **Профилактика**

### **Кризисные горячие линии.**

Такие телефонные линии широко используются во многих странах, включая Россию, для оказания помощи тем молодым людям, кто переживает кризис. Эффективность такой помощи очень трудно измерить, но совершенно точно можно сказать, что такие услуги пользуются широким спросом у молодых людей, которые не хотят или не могут попросить помощи у других людей. В одном американском исследовании было установлено, что только 8 % тех, кто обратился за помощью по горячей линии, обращались за помощью к другим источникам (King 1977).

Большое количество разнообразных социально-психологических центров и других служб существуют в различных странах, особенно в системе образования, которые могут потенциально принести пользу в деле профилактики самоубийств.



## Обсессивно-компульсивное расстройство

### Краткое описание (см. полное определение в МКБ-10)

Обсессивные симптомы – это навязчивые мысли, идеи или побуждения, которые возникают в голове человека снова и снова в стереотипном виде. Они нежелательны и доставляют беспокойство ребенку или подростку. Страдающий от них человек пытается сопротивляться им, но обычно безуспешно. Пациент признает их как свои собственные. Компульсивные действия имеют такие же характеристики. Существует тесная связь с депрессией, и часто обсессивные симптомы являются симптомом депрессивного расстройства. Тикозные расстройства также представляют собой распространенную черту обсессивно-компульсивного синдрома. Симптомы должны угнетать и присутствовать в течение двух недель, чтобы они стали признаком диагноза. Существуют подтипы с доминированием обсессивных мыслей с одной стороны и преобладанием компульсивных действий с другой.

Важно отметить, что обсессивные и компульсивные симптомы в легкой форме присущи и обычным людям. Дети часто не признаются в наличии у них таких симптомов, так как они считают их «глупостью» или стыдятся их.

Не так уже редки случаи, когда ребенок ведет себя совершенно обычно, не демонстрируя обсессивной симптоматики, находясь вне действия беспокоящего фактора.

### Дифференциальный диагноз

Отличие от депрессии и тревожных состояний устанавливается на основании преобладающих симптомов с учетом развития конкретного заболевания.

Тики и синдром Туретта, как и обсессивно-компульсивное расстройство, имеют достаточно широкое распространение и вызывают большой интерес. В некоторых случаях расстройство может оказаться связанным с каким-то основным заболеванием. Имеющиеся симптомы могут также быть расценены как шизофрения или органические расстройства. В практических целях в случае сомнений симптомы следует рассматривать как часть этих других состояний, а не как обсессивное расстройство. С рассматриваемой патологией обычно также связаны неустойчивость внимания и повышенная поведенческая активность.

Если эти ритуалы характеризуются стереотипией, они могут быть приняты за тики. У детей с тиками часто в истории семьи присутствуют обсессивные нарушения.

Дети с устойчивыми расстройствами развития часто демонстрируют ритуализированное поведение, но другие типичные особенности отличают их от рассматриваемой патологии. Имеются свидетельства воздействия генетических факторов на основе общего семейного анамнеза и реакции на селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

### Эпидемиология

Расстройство считалось редким, но сейчас становится ясно, что это не так. «Субклиническое расстройство» выявляется в 20 % случаев при выборочных обследованиях населения. В клинических выборках уровень распространенности среди пришедших на прием составляет 5 %. В большинстве исследований по детям было выявлено доминирование мальчиков.

### Прогноз

Расстройство обычно имеет хронический и рецидивирующий характер. Случаи с присутствием тиков и симптомов расстройства Туретта имеют более неблагоприятный прогноз, так же, как и случаи семейной наследственности по психическим заболеваниям, особенно обсессивных расстройств.

### Лечение

Когнитивная поведенческая терапия считается в настоящее время предпочтительным методом психологического лечения при обсессивном расстройстве. Такая терапия основывается на том принципе, что обсессивное поведение является реакцией на тревогу, и что средством излечения является признание пациентом своей тревоги и нахождение путей ее преодоления. Лечение включает в себя следующие этапы:

- Сбор информации об источниках тревоги и стресса.
- Построение иерархии стимулов, провоцирующих тревогу.
- Встреча с помощью терапевта со стимулами, вызывающими тревогу, и преодоление вытекающего обсессивного поведения (профилактика реакции на стимул).
- Выполнение домашнего задания.

**Пример.** Если ребенок панически боится запачкать руки, его вовлекают в игру с грязью или другими вызывающими страх материалами. Когда у ребенка возникает тревога, ему дают некоторое время посидеть с грязными руками при ободряющей поддержке врача. Как показали

многие исследования, такие действия помогают постепенно понизить уровень тяжелой тревоги. Такой метод вряд ли поможет сам по себе при очень высоком уровне тревожности у ребенка. Следует задействовать следующие дополнительные принципы:

- Следует разъяснить ребенку и его родителям принципы лечения, используя понятный язык.
- Ребенка следует твердо заверить, что он не будет подвергаться ситуациям, вызывающим непереносимый ужас.
- Терапия должна идти в таком темпе, с которым ребенок может справиться (не слишком быстро и не слишком медленно).
- Раздражители (в нашем примере выше грязь на руках ребенка) могут дозироваться в соответствии с тем уровнем тревоги, который они вызывают. Например, терапия может начаться с чистого песка с постепенным переходом к почве из сада.
- Для обеспечения продвижения вперед можно включить релаксационные упражнения, чтобы помочь ребенку расслабиться.
- Чем активнее ребенок участвует в работе, тем лучше – с учетом его возраста и уровня понимания. Например, ребенок может контролировать скорость продвижения, тип раздражителя и т. д.

### **Фармакотерапия**

Было установлено, что кломипрамин и ингибиторы обратного захвата серотонина (особенно флуоксетин) являются эффективными в лечении обсессивного расстройства. В настоящее время рекомендуются следующие режимы лечения:

<b>Препарат</b>	<b>Рекомендуемый возраст</b>	<b>Рекомендуемая доза.</b>
Кломипрамин	10 лет и старше	3 мг/кг/день в течение 12 недель (максимальная доза: не выше 5 мг/кг/день).
Флуоксетин		20 мг в день

В двойном слепом исследовании (Leonard et al 1989) было показано, что кломипрамин превосходит другие трициклические препараты. Информацию о побочных эффектах этих препаратов можно найти в Главе 15.

## Долгосрочная терапия

Долгосрочная поддержка является важным вопросом в случае длительного или рецидивирующего расстройства. Когнитивно-поведенческая терапия имеет хороший потенциал для облегчения симптомов. Этот вид лечения должен быть в первую очередь выбором, но долгосрочная эффективность этого вида лечения или фармакотерапии в настоящее время неизвестна.

Обсессивное расстройство с сопутствующими заболеваниями. По этому вопросу существует мало данных. Комбинированная терапия может принести удовлетворительные результаты, но риски и выгоды следует анализировать отдельно в каждом случае.

## ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСТВЕ

### Краткое описание (резюме МКБ-10)

Описание тревожных расстройств и их классификация представляют собой сложную проблему. Существуют две группы, отличающиеся по характеру течения и, вероятно, по этиологии.

- Группа детей младшего возраста, у которых расстройство может быть достаточно тяжелым на начальном этапе с последующим весьма вероятным улучшением, хотя у ребенка может сохраняться робость и некоторая тревожность; такие расстройства являются, своего рода, гиперболизацией некоторых характеристик нормального детского развития.

- Другие расстройства, которые обычно развиваются впервые во взрослый период жизни, но могут возникнуть и в подростковом возрасте и принять устойчивый характер.

### Расстройства, начало которых специфично для детского возраста

- Самым очевидным примером расстройств первого типа является тревога разлуки. (Процесс формирования привязанности описан в Главе 5.) Для детей младшего возраста тревога является нормальной реакцией на разлуку с близкими людьми при странных или незнакомых обстоятельствах. Тревожное расстройство в связи с разлукой возникает тогда, когда

интенсивность этой реакции становится чрезмерной и мешает нормальному течению жизни ребенка или семьи. Самым распространенным результатом является возникновение школьной фобии или отказ посещать школу.

- Характеристики расстройства привязанности отражают психологическое явление, т. е. страх того, что объект привязанности может заболеть, что сам ребенок потеряется или будет украден, ребенок отказывается от сна, если не присутствует объект привязанности, появляются ночные кошмары и другие подобные явления.

- Расстройство второго типа возникает у детей младшего возраста, испытывающих чрезмерный страх или стремящихся избежать встречи с незнакомыми людьми. Это социальное тревожное расстройство детства.

- Третьим является детское фобическое расстройство. Это обычно страх, испытываемый по отношению к какому-либо конкретному предмету или животному.

### **Расстройства, возникающие в более поздний период или в подростковом возрасте**

Эти нарушения возникают у детей старшего возраста или в подростковом периоде, например, фобические расстройства, генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, обсессивно-компульсивные (описанные в данной книге отдельно), диссоциативные, соматоформные и другие невротические расстройства.

### **Дифференциальный диагноз**

До 69 % детей с тревожными расстройствами имеют также и депрессию. Это следует учесть при планировании лечения.

Тревожные расстройства следует отличать от гиперкинетических расстройств и расстройств поведения.

### **Эпидемиология и распространенность**

Тревожные расстройства того или иного типа весьма распространены. Согласно исследованию ONS 2000 (Office for National Statistics 2000), популяционный уровень тревожных расстройств составляет 3,1 % среди детей младшего возраста при равном соотношении полов и 3,5 % среди мальчиков старше 11 лет, при этом среди девочек старшего возраста уровень составляет 4,0 %.

## **Прогноз**

Как уже упоминалось выше, дети младшего возраста с тревожными расстройствами имеют более благоприятный прогноз, равно как и дети с менее тяжелым расстройством.

## **Лечение**

Как для этой гетерогенной группы расстройств, так и в целом имеется мало научных данных по эффективности их лечения. Существует общее мнение, что при планировании лечения необходимо рассмотреть возможность применения и психологического лечения, и фармакотерапии.

### **Психологическое лечение**

В области лечения тревожных расстройств главной целью являются школьные фобии и отказ посещать школу. Приблизительно у 75–80 % детей, испытывающих подобные трудности, присутствует тревога разлуки, особенно среди детей младшего возраста (Popper and Gherardi 1996).

Отказ посещать школу или школьная фобия. Важными в данном случае представляются два подхода: уменьшение страха через обсуждение или десенсибилизацию в условиях клиники с последующим контролируемым контактом с объектом страха, в данном случае со школой. Говоря кратко, десенсибилизация и контакт. Главное отличие в практике лечения между различными клиниками заключается в степени, в которой врач применяет метод снижения страха через терапию в условиях клиники, что, например, было подчеркнуто у (Miller, Barret, Hampe and Noble 1972), с одной стороны, и степень, в которой ребенок подвергается контакту с источником страха, как указывалось в исследовании (Blagg and Yule 1982). В первом случае может использоваться психодинамический метод, например, игровая терапия; в последнее время также используются элементы когнитивно-поведенческой терапии (King et al. 1998). В обоих случаях результаты были успешными.

Формирование ассертивности (самоутверждение) или обучение социальным навыкам является еще одним полезным подходом. Основным ключом к успеху, однако, является непосредственный контакт со школьной средой, которая вызывает страх.

### **Фармакологические подходы**

Лекарственные средства ни в коем случае не должны использоваться как единственный компонент плана лечения. Обычно назначаются

трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и бензодиазепины, которые следует предписывать только на короткое время. Существует крайне мало исследований эффективности этих препаратов для лечения детских тревожных расстройств.

### **Свидетельства эффективности**

В отношении школьной фобии два вышеупомянутых исследования, в обоих из которых присутствовали два компонента – формирование уверенности и снижение страха при завершающем контакте с объектом или ситуацией страха, показали эффективность этих методов в сравнении с контрольной группой.

### ***Резюме Главы 24***

В данной главе описаны основные виды интернализирующих расстройств, включая депрессию, посттравматическое стрессовое расстройство, самоубийство и попытка самоубийства, обсессивно-компульсивное расстройство и тревожные расстройства. Обсуждается дифференциальный диагноз и план лечения каждого из этих расстройств.

### **Дополнительная литература**

#### **Депрессия**

1. *Blagg N. R. and Yule W.* The behavioural treatment of school refusal. Behaviour research and therapy, 1984. Vol. 22. P. 119–127.
2. ONS Office of National Statistics. *Meltzer H. and Gatwood R.* Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain. London : Stationary Office, 2000.
3. *Popper C. W. and Gheradi P. C.* Anxiety Disorders. In: Wiener J. M. Diagnosis and Psychopharmacology of Child and Adolescent Disorders. New York : Wiley.
4. *Miller L. C., Barrett C. L., Hampe E. E. and Noble H.* Comparison of reciprocal inhibition, psychotherapy and a wait list control group for phobic children. Journal of Abnormal Psychology. 1972. Vol. 79. P. 269–279.
5. *King G. D.* An evaluation of the effectiveness of a telephone counselling centre. American Journal of Community Psychology. 1997. Vol. 5. P. 75–83.

## ГЛАВА 25.

### ЭКСТЕРНАЛИЗИРУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА

#### Гиперкинетическое расстройство

**Краткое описание.** См. полное описание в руководстве МКБ-10

Это расстройство изучено лучше других в детско-подростковой психиатрии. Для постановки диагноза необходимо наличие следующих четырех особенностей:

- Неспособность поддерживать внимание.
- Неусидчивость и подвижность – ребенок не может сидеть спокойно.
- Импульсивность в действиях, задания не доводятся до конца.
- Гиперактивность должна наблюдаться не в одной, а в нескольких социальных ситуациях (например, дома и в школе).

Расстройство начинается в возрасте до 5 лет и длится более 6 месяцев.

#### Дифференциальный диагноз и коморбидность

Ряд расстройств характеризуются повышенной активностью и неспособностью поддерживать внимание в детстве. Первое, что необходимо учесть, это зрелость ребенка. Незрелый ребенок, например с умственной отсталостью, будет вести себя в соответствии с интеллектуальным, а не хронологическим возрастом. Картина осложняется тем фактом, что гиперкинетическое расстройство часто присутствует у умственно отсталых детей.

Вторая общая проблема состоит в том, чтобы отличить гиперкинетическое расстройство от нарушений поведения. У детей с расстройством поведения часто присутствует повышенная двигательная активность, но в меньшей степени, чем необходимо для постановки диагноза «гиперкинетическое расстройство». Диагноз ставится на основе преобладающей картины поведения. Если поведение ребенка соответствует обоим диагнозам, ни один из которых не является доминирующим, следует диагностировать **гиперкинетическое расстройство поведения**. Прогноз для такого расстройства особенно неблагоприятен.

Третья общая проблема состоит в том, чтобы дифференцировать детей с гиперкинетическим расстройством от детей с тревожными и депрессивными расстройствами. Сопровождающие эти нарушения эмоции обычно ассоциируются с неусидчивостью и возбуждением в любом возрасте, но особенно у детей. Эти симптомы качественно отличаются



от повышенной двигательной активности, связанной с гиперкинетическим синдромом, тем, что гиперактивность и отвлекаемость вызваны лежачими в их основе беспокойством или депрессией.

Кроме того, гиперкинетический синдром следует отличать от следующих расстройств:

- Физические расстройства, например ухудшение слуха или зрения.
- Расстройство поведения, обусловленное насилием, родительским пренебрежением или расстройством привязанности.
- Побочные эффекты от употребления лекарств или наркотиков.
- Следует отдать предпочтение диагнозу психоз с началом в раннем возрасте и устойчивое расстройство развития, а не гиперкинетический синдром, если на это указывает клиническая картина.
- Скука, например, если умный ребенок находится в среде, где отсутствуют должные стимулы.

При планировании лечения важно установить не только сам диагноз, но и тяжесть сопутствующего заболевания. Это будет определять подходы к лечению и ожидания в отношении удовлетворительности исхода. Также необходимо тщательно зафиксировать историю болезни, результаты обследования и информацию из школы.

## Эпидемиология

Гиперкинетические расстройства чрезвычайно распространены во всех странах, где проводились исследования распространенности. Были выявлены отличия в распространенности между США и Великобританией, но эти различия, вероятнее всего, обусловлены отличиями в критериях, используемых для измерения поведения, а не реальными отличиями в поведении детей. В исследовании ONS Survey 2000 (Meltzer H. and Gatwood R. 2000) распространенность среди детей в возрасте от 5 до 10 лет составила 2,5 % для мальчиков и 0,4 % для девочек. Эти данные ниже оценок, полученных во многих других исследованиях.

Близнецовые исследования и исследования среди приемных детей показали, что в этиологии этого расстройства присутствует значительный генетический компонент. Оценка фактора наследственности в этих исследованиях составила 80-90 % (Goodman and Stevenson 1989).

## Прогноз

Расстройство является стойким. В различных научных исследованиях гиперкинетический синдром сохранялся на протяжении всего подросткового периода в 30–80 % случаев.

## Коморбидность

Склонность к правонарушениям и нарушения поведения обычно сопутствуют гиперкинетическому расстройству и могут сохраняться в подростковом и более старшем возрасте. Признаками, указывающими на возможную стойкость заболевания, являются наличие таких сопутствующих нарушений как расстройство поведения, семейная наследственность по гиперкинетическому синдрому, низкий IQ и неспособность поддерживать отношения с ровесниками.

## Лечение

В лечении должны присутствовать два главных компонента, которые, однако, должны быть подобраны индивидуально. Это расстройство представляет собой яркий пример необходимости выстраивать общий план лечения с использованием нескольких компонентов.

**Поведенческая терапия** – это первое, что необходимо испробовать, например:

Детям младшего возраста может помочь:

- коррекция поведения в классе – см. Главу 12.
- поведенческий тренинг для родителей – см. Главу 12.

Детям старшего возраста и подросткам может помочь:

- самообучение на основе инструкций – см. Главу 12.
- обучение социальным навыкам – см. Главу 12.

Хотя термин «гиперкинетическое расстройство» является чрезвычайно полезным для определения этого серьезного и распространенного расстройства, и о его проявлениях и прогнозе известно достаточно много, для целей лечения необходимо уточнить его описание и провести более детальный анализ. Гиперкинетическое расстройство – это не просто один большой и не ряд незначительных дефицитов. Это широкий термин, охватывающий большой спектр видов недееспособности. Один ребенок не способен концентрировать внимание, другой – импульсивен и не может не реагировать на любой отвлекающий стимул, а третий не может поддерживать концентрацию внимания, успешно приступает к выполнению поставленного задания, но быстро теряет интерес. То же самое относится к социальной сфере. Один ребенок настраивает всех против себя тем, что пытается привлечь все внимание к себе и манипулировать другими детьми, не способен определить, когда нужно слушать, а не говорить и действовать. Другой уподобляется «слону в посудной лавке», вмешиваясь в любую ситуацию, даже когда его присутствие

не приветствуется. Кроме того, оценка одного и того же поведения различными людьми, скорее всего, даст различные результаты. По этим причинам чрезвычайно важно провести детальный анализ конкретного случая и подобрать лечение в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка.

## Фармакотерапия

**Церебральные стимуляторы** (см. также Главу 15). Это препараты первого выбора, но в настоящее время они не применяются в России. Представляется настоятельно необходимым внедрить их в практику, соблюдая все предосторожности.

Наиболее широко используемый церебральный стимулятор – метилфенидат. Терапевтическая доза составляет от 0,3 до 0,7 мг на кг веса тела ребенка.

Альтернативным препаратом является метиламфетамин, доза которого равна приблизительно половине указанной выше дозы.

К нежелательным побочным эффектам этих препаратов относятся нарушения сна и потеря аппетита. Задержка роста не нашла подтверждения, но потенциально представляет собой серьезную проблему.

Озабоченность назначением препаратов, которые могут употребляться в немедицинских целях, не нашла подтверждения.

Более серьезной проблемой является приверженность лечению и несоблюдение режима приема препаратов. Метилфенидат быстро метаболизируется, усваиваясь за 2–3 часа, а период полувыведения составляет 1–2 часа. Это означает, что повторные дозы необходимо принимать несколько раз в день, в том числе во время пребывания в школе, что ставит под угрозу конфиденциальность. Эту проблему можно решить только с помощью руководства школы с тем, чтобы ребенок мог принимать таблетки во время перерыва на обед. Это вряд ли будет полным решением проблемы. В настоящее время метилфенидат доступен в виде препарата с замедленным высвобождением.

Дополнительной проблемой являются понятные возражения родителей против того, чтобы поведение ребенка исправляли с помощью лекарственных препаратов.

Хотя церебральные стимуляторы весьма эффективны в решении проблемы гиперактивности и невнимательности в ближней перспективе, последние долгосрочные исследования на протяжении трех и более лет выявили другую картину. За этот период времени терапевтический эффект снижается без какого-либо полезного эффекта. Кроме того, не было выявлено каких-либо долгосрочных улучшений в учебе. В результате этого применение церебральных стимуляторов стало гораздо более ограниченным, чем ранее.

## Альтернативные методы лечения там, где применение психостимуляторов невозможно

**Трициклические антидепрессанты.** Эти препараты оказывают амфетамино-подобный эффект. В целом они оцениваются как менее эффективные и имеют много нежелательных побочных эффектов, включая потенциально серьезное воздействие на сердечно-сосудистую систему.

**Пемолин** был альтернативой с замедленным действием, но был изъят из лечебной практики в Великобритании после нескольких случаев серьезных осложнений на печень.

**Применение психостимуляторов (британский опыт).** Многие из семей, где есть дети с гиперкинетическим синдромом, страдают от сложных проблем в организации семейной жизни и внутрисемейных отношений. Родители в таких семьях склонны связывать все проблемы с характером ребенка, а не с порочной практикой воспитания. Они, возможно, видели телевизионную программу о замечательном лечебном эффекте метилфенидата и полны решимости заполучить эти пилюли для своего ребенка. Получив пилюли, родители получают подтверждение своему убеждению, что врач диагностировал гиперкинетический синдром! С этого момента семья не примет никакое социальное или психологическое лечение. Эта проблема становится особенно серьезной тогда, когда, как это часто имеет место, в семье присутствует несколько проблем, включая проблемы успеваемости, прогулов и жестокого обращения с детьми. Хотя нет сомнения в том, что индивидуальные конституциональные характеристики играют свою роль в гиперкинетическом синдроме, будет ошибкой прибегнуть к фармакотерапии без полной оценки причинных факторов в каждом конкретном случае.

Другой требующий внимания вопрос – это возможное наличие у ребенка тревожного или депрессивного расстройства. Чрезмерная активность в этих случаях качественно отличается, будучи обусловлена волнением и беспокойством.

Рецидив гиперактивности происходит немедленно после прекращения приема препарата. Назначение фармакотерапии очень часто означает необходимость приема препарата в течение нескольких лет. Эффективность долгосрочной терапии не была проверена настолько же тщательно, как эффективность краткосрочной терапии. Долгосрочные исследования сталкиваются с этическими трудностями, так как предполагают лишение контрольной группы возможности принимать препарат, который является эффективным средством, по крайней мере, в ближней перспективе.

Уже упоминалась важность комплексного плана лечения. Есть данные, свидетельствующие о том, что комбинация психологических видов терапии и психостимуляторов является более эффективной, чем одна

только фармакотерапия. Например, поведенческая терапия с использованием таких методик как «таймаут» может усилить эффект от приема препарата. Внутрисемейные отношения могут улучшиться в период, когда ребенок проходит медикаментозное лечение, и очень полезно включить в программу лечения коррекцию внутрисемейных отношений. Дети с гиперкинетическим расстройством часто имеют выраженные проблемы обучаемости, поэтому необходимо провести полное обследование и оказать поддержку при необходимости. Психостимуляторы могут оказаться менее эффективными при лечении детей с тяжелой умственной отсталостью.

Важно наладить сотрудничество со школой, где учится ребенок (см. Главу 10). Такое сотрудничество может заключаться только в получении информации, но, вполне вероятно, учителю потребуется значительная поддержка. В некоторых случаях основное лечение придется проводить в школе. Такую работу лучше поручить школьному психологу в сотрудничестве с персоналом клиники.

### **Расстройства поведения и оппозиционно-вызывающее расстройство**

**Краткое описание** (см. полное определение в МКБ-10).

Расстройство поведения – это устойчивая форма поведения, при которой ребенок или подросток игнорирует основные права других людей и соответствующие возрасту общественные нормы или правила. Для постановки диагноза такое поведение должно присутствовать на протяжении, по крайней мере, шести месяцев. Формы антисоциального поведения могут быть разными. Это могут быть частые, но не столь серьезные проступки или менее частые, но серьезные антиобщественные действия, например жестокость по отношению к животным, кражи имущества, изнасилование, грабежи и побег из дома. В тяжелых случаях расстройство деструктивно влияет на многие аспекты жизни ребенка, например, отношения в семье, взаимоотношения с ровесниками и взрослыми, школьные дела.

Оппозиционно-вызывающее нарушение является особенно распространенной подгруппой расстройств поведения. Оно возникает чаще всего у детей в возрасте до 10 лет и может перерасти в более тяжелые формы расстройства поведения в последующие годы детства и юности. Расстройство характеризуется вызывающими, провокационными и агрессивными действиями, но без постоянных нарушений закона и прав других людей, которые характеризуют другие нарушения поведения. Мы описываем его здесь, так как оно было предметом изучения многих исследований.

## **Резюме динамики расстройства**

Пожизненное нарушение поведения, возникающее в раннем детском возрасте, по сравнению с расстройством, начало которого приходится на подростковый период, имеет более неблагоприятное течение с сопутствующими осложнениями, такими как низкий интеллект, проблемы обучаемости и гиперактивность. Такое расстройство обычно переходит во взрослую жизнь с чертами расстройства асоциальной личности.

## **Дифференциальный диагноз**

Расстройство поведения обычно встречается в сочетании с другими симптомами, также характеризующимися плохим поведением. Различия между детьми с нарушениями поведения, с гиперактивностью и с оппозиционно-вызывающим расстройством поведения в средний период детства связываются некоторыми специалистами в большей мере с возрастными особенностями, чем с различиями в клинических симптомах, которые представляются минимальными.

Особенно важна связь с гиперактивностью в раннем детстве и с употреблением психоактивных веществ, особенно в подростковые годы. Частым сопутствующим состоянием является серьезное депрессивное расстройство.

Расстройство поведения обычно связано с познавательными проблемами, в частности, с низким общим интеллектом и специфическими проблемами обучения, особенно специфическими проблемами в чтении.

## **Эпидемиология**

Расстройство является распространенным. Согласно оценкам уже упоминавшегося британского общенационального исследования (см. ONS Survey 2000 в списке литературы), 7,4 % мальчиков и 3,2 % девочек по всем возрастным группам и из них 3,9 % мальчиков и 1,8 % девочек страдают оппозиционно-вызывающим нарушением поведения. Оно всегда более распространено среди мальчиков при половом соотношении, по различным оценкам, от 4:1 до 9:1.

## **Прогноз**

Примерно в трети всех случаев рассматриваемое нарушение переходит во взрослую жизнь в виде расстройства асоциальной личности (МКБ-10 F60.2). Чем раньше возникает расстройство и чем тяжелее и глубже оно в детстве и юности, тем хуже прогноз. Признаками плохого

прогноза также являются гиперактивность и неустойчивость внимания в раннем возрасте.

### **Особенности оценки**

Традиционная клиника не слишком подходит для оценки или лечения расстройств поведения. Более пригодной для оценки является обстановка хорошего детского учреждения с круглосуточным пребыванием, соответствующим оборудованием для детальной педагогической оценки и дворовыми игровыми и спортивными сооружениями, которые дают возможность провести наблюдение за ребенком или подростком для выявления его положительных качеств и проблем. Еще более желательно провести наблюдение за подростком в обычной для него обстановке, чтобы получить представление о масштабе расстройства в ряде социальных ситуаций, включая дом, школу и места досуга. Уровень сотрудничества со стороны молодого человека будет, скорее всего, низким.

### **Обследование**

Получение информации из большого числа источников является наилучшей формой обследования. Среди таких источников может быть школа, правоохранительные органы, детский дом и т. д.

Медицинская часть обследования должна определяться другими характеристиками в каждом конкретном случае, например, подозрение на эпилепсию или психологические тесты, которые сами по себе требуют проведения специального обследования.

### **Лечение**

Согласно широким представлениям об антиобщественном поведении подростков, правонарушения в целом характерны для этой возрастной группы, но основная часть подростков совершает небольшое число мелких правонарушений. Однако в небольшом количестве случаев нарушения закона начинаются в раннем возрасте и становятся обычной и стойкой формой поведения. Многие из таких молодых людей затем встают на преступный путь. Именно такое меньшинство, скорее всего, будет соответствовать критериям расстройства поведения.

В данной книге речь будет идти о лечении представителей данной конкретной группы, а не о профилактике преступности вообще.

Традиционно к возможностям психологического лечения расстройств поведения относятся с пессимизмом. Однако в последние годы

было реализовано несколько многообещающих проектов. В них использовались два типа подходов.

### **Лечение детей**

Наиболее эффективным лечебным подходом является поведенческая терапия, описанная в Главе 12.

У детей классический синдром нарушения поведения сформирован еще не в полной мере, но в их жизни присутствует большое количество «факторов риска», включая антиобщественное поведение родителей, хаотичная семейная жизнь, употребление наркотиков и алкоголя и хроническая безработица. У них возникают проблемы успеваемости в школе и агрессивность. В некоторых из проведенных исследований осуществлялось весьма длительное наблюдение за результатами лечения, что позволяет дать оценку исхода. Классическим примером является американское исследование на основе педагогической модели, разработанной в общественном научно-педагогическом фонде «HighScore» (Schweinhart et al 1993). В этом исследовании была реализована клиническая 30-недельная программа социально-педагогического обогащения в сравнении с методом модификации поведения и игровой терапией. Дети, работавшие в режиме «широких возможностей» (High/Scope), улучшили свою успеваемость в школе сразу же после выполнения программы, и, что более важно, в течение последующего подросткового периода демонстрировали большую мотивацию и устойчивость к противоправному поведению, чем дети из контрольной группы. В настоящее время осуществляется оценка других подобных программ. Другим многообещающим подходом на раннем этапе является поведенческий тренинг для родителей, описанный выше в Главе 12 Части 3 (Webster-Stratton and Herbert 1994).

### **Подходы к работе с подростками**

Подростки с расстройством поведения получают помощь в самых разных условиях, включая неоднократные непродуктивные обращения в центры психического здоровья и систему исполнения наказаний. В настоящее время проведено большое число экспериментов по их лечению, но в своем большинстве эти исследования были небольшими, а их результаты сами по себе не имеют большого значения. Обычно используемой методикой является обобщение результатов с помощью статистического метода «мета-анализа». Этот метод позволяет суммировать и оценить группы исследований, целью которых является лечение правонарушителей. Так как в этих исследованиях принимали участие подростки, совершившие серьезные правонарушения, уместно отнести



их к лечению расстройств поведения. Липсей (Lipsey 1996) провел такое исследование на основе данных о примерно 40 000 подростках, которые принимали участие в оценке видов терапии в системе исполнения наказаний для малолетних правонарушителей. Некоторые из них находились в учреждениях официальной «системы», а другие в большей мере участвовали в терапии в клинических условиях. В рамках своего метода Липсей сравнил различные виды терапии. В частности, он провел сравнение между практическими видами помощи, такими как обучение поиску работы, мультимодальное лечение (см. описание ниже и в Главе 13 Части 3) и поведенческими подходами с «динамическими» видами терапии, такими как психологическое консультирование. Одним из выводов стало то, что практически-ориентированные методики, предполагающие обучение навыкам, например, поиска работы и обустройства своего будущего, являются более эффективными, чем «динамические» подходы, нацеленные на внутреннюю перестройку.

Когнитивные подходы к решению проблем агрессии у подростков были описаны в Главе 13. Оценки указывают на некоторые из проблем в использовании этого вида терапии для коррекции глубоко укоренившихся расстройств, которые эффективно и мощно подкреплялись естественным окружением ребенка. Сама успешность использования агрессии для выживания в жестких условиях города делает лечение весьма трудным делом.

Гораздо более тщательно разработанный ряд исследований был выполнен Хенгглером и его коллегами (Henggler et al. 1998). Отправной точкой вмешательства для них был расчет стоимости содержания и коррекции подростков с тяжелыми расстройствами поведения. Неизбежные бюджетные затраты на работу с такими молодыми людьми огромны. Исследователи утверждают, что в спецшколах и местах лишения свободы в их поведении с точки зрения насилия, преступности и деструктивности не только не происходит улучшений, но, наоборот, из них эти молодые выходят с еще большими проблемами. Помещение в места лишения свободы приравнивается к поступлению в «университет преступности», где молодые люди совершенствуют свои навыки и завязывают связи для последующей преступной жизни. Хенгглер и его коллеги отмечают, что молодые люди проходят через ряд социальных условий: дом, школа (или непосещение школы), ровесники, сиблинги, основной опекун, другие родители (возможно, в другом браке), большая семья, специалисты, например педагоги в различных группах, один или оба родителя, проживающие с новой семьей.

Жизнь клиента изучалась исследователями в ходе оценочного интервью с целью установления степени дисфункционального поведения в каждой конкретной области его жизни. План мог включать вмешательство во все соответствующие области.

Терапия осуществлялась весьма интенсивно – клиенты и их семьи приходили на встречу несколько раз в неделю. Бригада состояла из мо-

лодых, преданных своему делу специалистов. Принципы терапии были чрезвычайно широкими, включая все активные методы когнитивной и семейной терапии, такие как специальное обучение с целью восполнить пробелы в учебе и более специфическая психообразовательная работа, описанная в Главе 13. Групповые виды терапии оказались особенно полезными. Один терапевт работал с одной семьей, какова бы ни была форма оказания помощи – будь то индивидуальная терапия, семейная терапия или консультирование в школе. Если приходило сообщение из полицейского участка из другого района или из отделения неотложной помощи больницы в опасном районе города, что требовало присутствия терапевта, специалист не колеблясь приходил туда. Среди других принципов работы были акцент на положительном поведении, запрет на какие-либо отговорки типа «я болен», акцент на ответственном поведении, поощрение при соблюдении соответствующей дисциплины и применение санкций (но без предъявления несоответствующих или неосуществимых требований к дисциплине). Количество случаев, которое вел один член бригады, было небольшим – 3–4 клиента на каждого, но серьезность проблем поведения, с которыми имела дело бригада, была значительной. Ценой выхода из программы в связи с нарушениями почти всегда было помещение в специальную школу или тюрьму для несовершеннолетних. Результаты нескольких клинических исследований вселяют надежду (Henggeler et al. 1998).

### **Лечение оппозиционно-вызывающего расстройства поведения**

Большое число исследований в традиции поведенческой и когнитивной терапии было нацелено на данную подгруппу нарушений поведения. Логика очевидна с учетом того, что это расстройство начинается у детей младшего возраста и часто развивается в более серьезное нарушение поведения в подростковом возрасте. В ряде исследований было показано, что поведенческий тренинг для родителей и проблемно-ориентированный метод обучения для детей являются эффективным для лечения детей как индивидуально, так и в условиях группы (Behan and Carr 2000).

### ***Резюме Главы 25***

В данной главе описаны наиболее проблемные группы детей, с которыми можно столкнуться в обычной практике. В отношении гиперкинетического расстройства полезность медикаментозного лечения установлена уже достаточно давно, но ограничения и озабоченность среди специалистов, а иногда и среди родителей в отношении применения “химической смирительной рубашки” к здоровому, хотя и плохо

ведущему себя ребенку, устойчиво сохраняются. Новые разработки в области поведенческой терапии в настоящее время дают альтернативные возможности для оказания помощи некоторым детям. Далее описаны расстройств поведения. Этот термин охватывает группу детей или подростков, чье поведение является особенно проблемным, и которые, в свою очередь, сами страдают от устойчивых проблем в межличностных отношениях и в поведении. Описывается работа Хенгглера и его коллег, которая начинает приносить результаты и показывает, что при достаточной интенсивности и квалификации сотрудников можно получить хорошие результаты.

### *Дополнительная литература*

1. Henggeler S. W., Shoenwald S. K., Borduin C. M., Rowland M. D. and Cunningham P. B. Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents. New York : Guildford, 1998.

*Очень важная книга, описывающая работу авторов над некоторыми наиболее трудными для лечения расстройствами поведения с использованием семейной терапии.*

2. Lipsey M. W. What do we learn from 400 Research Studies on effectiveness of treatment with juvenile delinquents. In: McGuire J. (Ed). What Works: Reducing Reoffending. Chichester : Wiley, 1996.

3. Schweinhart L. J., Barns H. V., Weikart D. P. The High/Scope Perry Preschool Study thought age 27. Ypsilanti MI High/Scope Educational Foundation. 1993.

## ГЛАВА 26.

### РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ, ЭНКОПРЕЗ И ЭНУРЕЗ

#### **Дети младшего возраста: отставание в физическом развитии по неорганическим причинам**

Новорожденные начинают свою жизнь с грудного вскармливания с отъемом от груди и переходом на твердую пищу обычно в возрасте 3–6 месяцев. Отставание в физическом развитии можно определить как неоптимальное увеличение веса или роста младенца или ребенка. В данной главе мы остановимся на медицинских и особенно психологических причинах отставания в развитии в промышленно развитых странах. Существует много причин отставания в развитии, которые носят органический характер. Наиболее распространенными являются инфекции, такие как туберкулез, ВИЧ, паразитарные заболевания, а также механические дефекты и проблемы координации, такие как расщелина неба, гастроэзофагеальный рефлюкс, церебральный паралич и врожденные заболевания, например, муковисцидоз. Обусловленная болезнью анорексия может возникнуть при любом хроническом заболевании раннего детства. Необходимо учитывать эти и многие другие факторы. Однако значительное большинство случаев отставания в развитии обусловлены неорганическими причинами и могут быть включены в категорию отсутствия должной заботы о ребенке (Глава 19). Такое отсутствие должной заботы о ребенке может проявляться как со стороны родителей, так и государства в форме необученного персонала и плохо обеспеченных детских домов. Какой бы ни была причина, дети, живущие в таких условиях, должны быть немедленно переведены в безопасное место, а случай должен быть срочно расследован.

Второй тип проблемы представлен «капризными» или «чуждаковыми» едоками. Добросовестные и компетентные, но, возможно, излишне беспокоящиеся родители часто приводят таких детей к участковым врачам или в детские клиники. Родители, возможно, хорошо осведомлены о вопросах здорового питания, но вступили в «сражение» с ребенком по вопросу приема пищи. Проблема обычно заключается в том, как это сражение прекратить. График веса обычно показывает, что ребенок хорошо прибавляет в весе, поэтому врач или детская медсестра могут посоветовать родителям более спокойно относиться к проблеме. Только в необычных случаях проблема становится настолько тяжелой, что ребенок начинает отставать в развитии.

## **Подростки: нервная анорексия и булимия**

Эти расстройства, по-видимому, менее распространены в России, чем в западных странах. Возможно, молодые люди с такими расстройствами не обращаются в детские психиатрические клиники или не учитываются как больные. Примерно еще 70 лет назад нервная анорексия была редкой болезнью и в Великобритании, поэтому вполне вероятно, что западные страны в настоящее время переживают эпидемию этих расстройств.

Основной особенностью нервной анорексии является одержимое стремление похудеть, изнуряя себя физическими упражнениями. Это расстройство чаще всего начинается у девочек в подростковом возрасте. Его частота затем снижается у молодых людей после 20 лет. Оно встречается и у мальчиков, но намного реже: соотношение девочек к мальчикам составляет 8:1 или более. Пациент может выздороветь, либо состояние может перерасти в хроническое и рецидивирующее. Именно в хронических случаях и, таким образом, в более старшем возрасте возникает другой аспект этого расстройства, а именно нервная булимия или компульсивное переедание. Нервная булимия может чередоваться через определенные промежутки времени с анорексией, усложняя клиническую картину. Критерием в МКБ-10 является снижение веса тела на 15 % ниже нормы. Подросток одержим борьбой с повышенным весом, и даже выглядя как узник концентрационного лагеря, он жалуется, что тело выглядит жирным и дряблым. Голодание может сопровождаться использованием других мер, таких как прием слабительных средств, изнурение себя физическими упражнениями и стимулирование рвоты. В содержании мыслей доминирует стремление похудеть. Настроение неустойчивое или депрессивное. Некоторые ученые считают, что весь синдром основывается на депрессии, но это мнение не разделяется сколь-нибудь широко. Началу часто предшествуют стрессовое событие или незначительная болезнь, но эта черта не является специфической по качеству. Другие клинические особенности могут рассматриваться как побочные эффекты голодания. К ним относятся неустойчивое или низкое кровяное давление (часто связанное с самостоятельным употреблением психотропных препаратов) и брадикардия. Также имеет место поведение, диктуемое целями, далекими от нормального питания, и в целом обычными являются обсессивные симптомы.

### **Дифференциальный диагноз**

Иногда нервную анорексию могут напоминать симптомы при опухоли головного мозга, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, например, глютеиновая болезнь. Другой возможной причиной могут

быть длительные напряженные отношения между родителем и ребенком, которые не были решены в раннем детстве, как описано выше. Тщательное изучение истории болезни может помочь выявить все причины.

Основными отличительными особенностями нервной анорексии являются тяжесть голодания, недавнее начало и психическое состояние пациента.

### **Психическое и физическое обследование**

Полное исследование отношения пациента к еде и пище существенно важно и для постановки диагноза, и для оценки хода болезни и лечения. Общая оценка психического состояния может выявить депрессивное или возбужденно повышенное настроение. Необходимо тщательно изучить историю возникновения и развития расстройства и провести полное физическое и психическое обследование. Потребуется также изучить историю семьи и социальных отношений пациента. Обследование должно включать анализ уровня мочевины и электролитов, гематологический анализ, рентгеновское обследование грудной клетки, электрокардиографию и анализ концентрации мочи.

Если имеются какие-либо признаки угрозы жизненно важным органам, необходимость лечения следует оценить как неотложную с госпитализацией в педиатрическое отделение и постельным режимом.

### **Лечение**

Предотвращение сердечно-сосудистой недостаточности у пациента – это первое, что необходимо обеспечить в программе лечения в тяжелых случаях изнурения себя голодом.

Как только подростку перестанет угрожать острая опасность, следует начать лечение, которое поможет преодолеть изнурение себя голодом. Первым шагом может стать открытое обсуждение ситуации с пациентом и родителями. Компетентный и опытный член персонала клиники или бригады назначается «ключевым работником» для подростка (см. Главы 9 и 18). Этот специалист будет центральным членом персонала в отношении всего, что будет делаться для пациента. Основная проблема заключается в слишком низком весе пациента, и это должно стать центральной темой обсуждения. Следует оценить разность между весом подростка и нормальным весом для его возраста. В тяжелых случаях пациентка должна, прежде всего, соблюдать постельный режим. Далее в обсуждении с участием пациентки, семьи и ключевого работника ставится ряд последовательных целей. Например, вес, которого должна достичь пациентка, прежде чем ей разрешат вставать и сидеть на стуле,

вес, при котором она сможет ходить по палате и так далее. Такие пациенты часто используют эмоции для манипулирования. Первоначально продемонстрировав обезоруживающее желание сотрудничать, далее пациентка постарается всеми возможными способами сорвать согласованную программу увеличения веса. Они могут перенастроить весы в палате или взвеситься, а затем вызвать у себя рвоту, чтобы опустошить желудок. Они могут продемонстрировать чрезвычайное умение настраивать медсестер или другой персонал отделения друг против друга, в полной мере эксплуатируя желание персонала помочь им.

Ключевой работник должен также проводить встречи с пациенткой, чтобы обсудить необходимость питания, правила питания и подсчет калорий, ее пищевые предпочтения. Для детального и глубокого обсуждения этих вопросов необходимо выделить соответствующее время. Ключевой работник должен быть в центре всей коммуникации вокруг пациента, чтобы минимизировать недоразумения и недопонимание между персоналом, которые стремится вызвать пациентка. Детали соглашения с пациенткой и ход лечения необходимо фиксировать письменно.

У пациентки должен быть хороший выбор пищи, удовлетворяющей ее пожелания. В дальнейшем следует установить целевые показания веса, достижение которых позволит повысить доступность желаемых упражнений и самостоятельность. Взвешивание следует проводить регулярно. Такое лечение должно продолжаться наряду с терапией – индивидуальной, семейной или когнитивной (Главы 13 и 14). В качестве диетической поддержки можно использовать обогащенные тонизирующие напитки.

Психотерапия, сопровождающая программу повышения веса, очень важна. Без нее существует риск того, что пациентка просто «проест выписку из больницы», то есть поймет, используя свои навыки манипулирования, которые весьма часто встречаются у таких подростков, что ей стоит только набрать вес, а потом ее родители и все эти специалисты оставят ее в покое, чтобы она могла худеть, сколько захочется! Результатом может стать серьезный рецидив болезни сразу после выписки. После выписки необходим регулярный контроль, частота которого может со временем снижаться, когда в школе все нормализуется. Рецидивы обычны, и могут потребоваться повторные госпитализации в последующие год или два.

Менее серьезные случаи можно лечить на амбулаторной основе, но последовательность должна быть такой же: ранние меры для коррекции проблемы приема пищи с последующим переходом к выяснению лежащей в основе расстройств семейной проблемы с проведением психодинамической и когнитивной терапии.

## ЭНУРЕЗ И ЭНКОПРЕЗ

### Краткое описание энкопреза

Большинство детей могут контролировать свой кишечник к четвертому году жизни. Недержание происходит время от времени у десяти процентов детей, при этом процент недержания выше среди мальчиков и детей с умственной отсталостью.

Энкопрез представляет собой непроизвольное выделение кала. Это может быть продолжением младенческого недержания или возникновением недержания в более позднем возрасте. Энкопрез может быть отдельным расстройством или частью более широкого расстройства, часто нарушения поведения или эмоций. Опорожнение может происходить в одежде или осуществляться в каком-то месте скрыто или открыто, или кал может размазываться намеренно.

#### Дифференциальный диагноз.

- **Энкопрез, обусловленный органическим заболеванием.** Заболевание может быть структурным, например, аганглиозный мегаколон или расщелина позвоночника, или временным, например, трещина заднего прохода или инфекция желудочно-кишечного тракта. Следует учесть, что такая проблема как расщелина позвоночника может пройти незамеченной в младенческом возрасте.

- **Запоры с переполнением.** Это состояние обусловлено серьезными запорами. Затвердевший кал вызывает раздражение кишечника, что приводит к непроизвольному опорожнению мягкого или жидкого стула. В данном случае опорожнение может идти почти постоянно.

- **Умственная отсталость.** Это расстройство может стать причиной недержания с нарушением сроков нормального развития функции регулирования, как часть общей задержки развития.

- **Серьезное сексуальное насилие** может стать причиной недержания. К постановке этого деликатного, но важного диагноза следует подходить с особой осторожностью.

### Эпидемиология

Данное расстройство встречается чаще у мальчиков, чем у девочек, и варьирует в зависимости от метода измерения. В британских исследованиях уровень распространения составляет 0,8 % для девочек и 1,5 % для мальчиков в возрасте пяти лет (Butler and Gelding 1986). В возрасте 10–12 лет уровень составляет 0,3 % для девочек и 1,3 % для мальчиков (Rutter et al 1970).



### **Особенности оценки.**

Следует учитывать время начала расстройства.

- Очень раннее начало указывает на наличие органической причины.
- В момент отнятия от груди – следует тщательно оценить факторы питания.
  - Развитие в период обучения пользованию горшком может указывать на конфликт с родителями и темперамент.
  - Более позднее возникновение может быть связано с негативными изменениями в жизни ребенка (Buchanan 1992).

Исключите органическое заболевание, например, скрытое незарощение дужки позвонка. Следует провести обследование ободочной кишки. Хронические запоры могут привести к расширению ободочной и прямой кишок, что мешает проталкиванию кала по кишечнику и приводит к формированию аномального строения кишечника.

Обследование ануса и промежности может выявить болезненно воспаленные полипы и трещины, которые могут быть тем фактором, который мешает ребенку приучиться к пользованию туалетом.

Обследование стула. Аномальный стул может указывать на непереносимость еды или глютеносую энтеропатию, а крайне обильный и рыхлый стул способствует недержанию.

## **Психологическая оценка**

Качество дисциплины и воспитания.

В отношениях между родителями и ребенком существует несколько проблем, которые могут способствовать недержанию.

- Чрезмерно усердное или жесткое воспитание может привести к негативному отношению и борьбе за контроль.
- Небрежное, хаотичное воспитание.

**Обследование.** Простое рентгеновское обследование брюшной полости будет полезным для проверки содержания кишечника. Часто возникает необходимость обследования прямой кишки

## **Лечение. Основной подход**

Ребенок с недержанием, вероятно, подвергается унижениям со стороны других детей и взрослых, включая родителей. Первым шагом в лечении может стать понимание того, что ребенок может ощущать полное отчаяние. Следует внушить ему уверенность, что он сможет справиться с проблемой. Как было сказано в Главе 1 этой книги, «делайте акцент на положительном!» Сам ребенок должен принимать прямое участие в процессе лечения, которое может включить в себя несколько сеансов не-

директивной терапии (см. Главу 11 об игровой терапии).

### **Медицинская помощь** (Claydon 1992).

Прямую кишку следует опорожнить, используя слабительные, в следующем порядке:

- Применит слабительное, например дукозат, который размягчит кал.
- Если кишечник переполнен мягким калом, используйте пикосульфат натрия для опорожнения нижней части кишечника.

- Используйте александрийский лист в качестве стимулятора кишечника один раз в день, чтобы поддерживать кишечник пустым. Эти слабительные действуют размягчающим образом на стул при помощи осмотических процессов. Для придания массы стулу можно использовать лактулозу.

- Если масса кала настолько велика, что не реагирует на простые слабительные, может потребоваться применение клизмы или ручное опорожнение.

Детей старшего возраста можно научить распознавать ощущение кала в прямой кишке, если есть простое манометрическое устройство. Оно позволяет врачу измерять давление кишечника, а активно участвующему в лечении ребенку почувствовать субъективные ощущения давления различной величины на прямую кишку.

Выбор времени работы прямой кишки (обычно после приема пищи или в свободное время, например, после школы) может помочь сформировать привычку опорожнять кишечник.

## **Поведенческая терапия**

Принципы поведенческой терапии (Глава 12) составляют основу психологического подхода, медикаментозного лечения и обеспечения сотрудничества семьи. Предыдущее лечение, как правило, представляется неудачным. Для начала эффективной программы важно избежать отождествления с предыдущими неудачами. Это требует выяснения того, что случилось ранее, чтобы избежать этого. Работа включает в себя следующие шаги:

- Преодоление страха перед туалетом с помощью десенсибилизации и методов поощрения.

- Не следует поощрять за чистые штаны, так как это будет толкать ребенка удерживать кал, что усугубит запоры. Вознаграждение должно следовать за опорожнением в туалете или на горшке.

- Выясните, в какое время ребенок опорожняется в ходе дня, и составьте примерное расписание.

- Разработайте программу, которая позволит ребенку достичь максимально возможного. Выясните его интересы и увлечения, чтобы встроить их в систему поощрений.

- Выработайте режим хождения в туалет при сотрудничестве со стороны ребенка.
- Выстройте положительные отношения с ребенком, в которых похвала за успехи является основным элементом. Интерес терапевта к ребенку должен выходить за рамки лечения симптома. Найдите то, в чем ребенок действительно преуспевает.
- Предупредите ребенка, что могут иметь место рецидивы, но это не должно стать причиной отказа от дальнейшего лечения. Научите ребенка и родителей правилам достижения чистоты, если рецидив действительно произойдет.
- Обеспечьте сотрудничество родителей.
- Очень важным способом поддержания стремления ребенка и семьи к улучшению является ведение дневника и диаграммы улучшения.

## ЭНУРЕЗ

Общепринятым пределом прекращения ночного недержания мочи является возраст 5 лет. К этому моменту все дети, за исключением 10 %, не мочатся в постель ночью. Дневной энурез часто связан с существенно более частым недержанием мочи ночью и другой психопатологией. Энурез и энкопрез часто сопутствуют друг другу. В этих случаях энкопрез ставится как первичный диагноз. Стойкий энурез распространен среди детей, воспитываемых в детских учреждениях и в условиях лишений.

### Дифференциальный диагноз

Часто проводится различие между первичным энурезом, когда полный контроль за мочеиспусканием так и не достигается, и вторичным энурезом, когда рецидив недержания наступает после периода контролируемого мочеиспускания. Иногда вторичный энурез возникает после стрессовых жизненных ситуаций. Оба типа могут существовать сами по себе или как часть более широкого эмоционального расстройства или нарушения поведения. Диагноз делается в пользу более явной проблемы. Частота недержания должна достигать нескольких раз в неделю, чтобы можно было диагностировать энурез как основную проблему.

## **Эпидемиология**

Энурез более распространен среди мальчиков. У детей со стойким энурезом часто в моче присутствуют бактерии, либо они могут иметь существенную психопатологию в отличие от обычных детей. Расстройство наблюдается по семейной линии, и близнецовые исследования указывают на наличие наследственного компонента. Если психические проблемы сосуществуют с энурезом у детей старшего возраста, его лечение часто приводит к повышению уверенности в себе и улучшению общего функционирования. Это указывает на то, что во многих (но не во всех) случаях энурез является серьезным фактором расстройства.

## **Прогноз**

Длительные наблюдения за детьми с энурезом показывают, что у большей части людей недержание переходит и во взрослую жизнь.

## **Особенности оценки**

Исследования показали, что в небольшом количестве случаев имеются аномалии в мочевом пузыре, но хирургическое вмешательство обычно не дает эффекта. Считается важным учитывать ежедневный прием жидкостей.

## **Обследование**

Если есть признаки наличия инфекции в моче, следует провести бактериологический анализ мочи с последующим лечением антибиотиками.

## **Лечение**

В Британии только примерно треть детей с энурезом получают какое-либо лечение, при этом энурез является причиной значительных неудобств и неприятностей в жизни, особенно при проживании в стесненных обстоятельствах.

## Ведение записей

Важно на самых ранних этапах лечения выработать у ребенка привычку вести записи. Сами записи как форма обратной связи оказывают некоторый терапевтический эффект на пациента. Они также позволяют сформировать терапевтические отношения, которые помогают включить самого ребенка в процесс лечения.

## Фармакотерапия

Могут назначаться следующие препараты:

- Трициклический антидепрессант «Имипрамин» – действие не связано с наличием у ребенка депрессии, а со спецификой имипрамина. Большинство клиницистов считают, что начальная доза имипрамина должна составлять 1,0 мг на кг веса тела, которая затем может быть постепенно увеличена до 2,5 мг на кг веса тела при верхнем пределе 3,5 мг на кг (Mikkelsen and Rapoport 1980). При высоких дозах рекомендуется электрокардиографический контроль. Абсолютный верхний предел составляет 5 мг/кг/день.

- Десмопрессин интраназально (синтетический антидиуретик).

Оба препарата приводят к улучшению, а часто - к прекращению ночного недержания мочи. Однако оба имеют побочные эффекты. В случае десмопрессина возникают назальные симптомы, головные боли, тошнота и боли в брюшной полости. Прием имипрамина вызывает сухость во рту, головокружение, запоры, а также возможен кардиотоксический эффект. Более серьезным является тот факт, что прекращение приема препарата обычно ведет к рецидиву, хотя и не всегда.

## Меры с ночным пробуждением

**Ограничение потребления жидкостей и ночное вставание.** Это меры здравого смысла, которые могут дать какой-то эффект в начале, но, в общем и целом, на короткое время.

**Ночной будильник.** Это самое эффективное лечение для ночного энуреза, но должное применение методики требует определенной мотивации и настойчивости. В соответствии с традиционной методикой (Mowrer and Mowrer 1938) электрический будильник в коробке с низковольтным элементом питания помещается рядом с кроватью ребенка. Контакт образуется двумя электродами в форме металлической сетки, которая помещается под ребенком на время сна. Эти электроды разделены сухой простыней. Если происходит мочеиспускание, контакт между электродами замыкается, и звонит звонок. Ребенок просыпается и может

пойти в туалет, чтобы помочиться. Просыпаются и родители, которые, в случае необходимости, могут поменять пижамку и уложить ребенка в постель. Это устройство со временем было модернизировано, но принцип остается тем же самым. При хорошей организации работы психотерапевт может добиться выздоровления в 80–100 % случаев. Основной проблемой в применении этого метода чаще всего является отсутствие мотивации у ребенка или семьи. Это связано с тем, что для достижения эффекта требуется время. Сокращение времени лечения может быть достигнуто назначением десмопрессина на ранних этапах. «Ночной будильник» является очень эффективным лечением, но, к сожалению, 50 % пациентов не заканчивают лечения. Метод эффективен, но не популярен.

### *Дополнительная литература*

1. *Rutter M., Tizard J. and Whitmore K.* Education, Health and Behaviour. London : Longmans, 1970.

Эпидемиологические данные о распространенности проблем недержания кала и мочи.

2. *Steinhausen H. C.* Anorexia and Bulimia Nervosa. In: Rutter M. and Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. Oxford : Blackwell, 2002.

3. *Clayden G., Taylor E., Loader P., Borzskowski M. and Edwards E.* Wetting and Soiling in Childhood. In: Rutter M. and Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. Oxford : Blackwell, 2002.

4. ERIC.org.uk

Этот вебсайт является хорошим источником информации о проблемах недержания мочи и кала.

5. ERIC's Wet and dry bedtime book. Nottingham: Nottingham Rehab.

Очень полезный буклет, способный оказать поддержку детям в возрасте старше 7 лет с недержанием кала и мочи.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Классификация: как МКБ-10 может помочь в клинической практике

Пожалуйста, обратите внимание, что термины «интернализирующее расстройство» и «экстернализирующее расстройство», введенные в Главе 2, не используются в данном описании, поскольку они не являются официально принятыми в МКБ-10, но они, однако, весьма полезны в повседневной практике.

#### Области применения классификации

Данное приложение следует читать вместе с Главой 5 руководства МКБ-10. Эта глава содержит классификацию психических и поведенческих расстройств. Она издана на русском языке издательством «Оверлайд» в Санкт-Петербурге (1994). В данном приложении будет представлена имеющая важное значение адаптация МКБ-10 для детско-подростковой психиатрии, называемая «многоосевой системой» и обсуждены принципы классификации детских психических расстройств.

Главная цель классификации состоит в унификации языка, который мы используем для анализа и использования в работе клинической информации, получаемой из истории болезни, клинической оценки, обследования и научных исследований. Сам по себе этот язык преследует несколько различных целей. Во-первых, он дает нам основу для рассмотрения клинических проблем (следует подчеркнуть, что это только основа, к которой необходимы другие знания – см. Главу 3). Он также позволяет нам общаться с другими людьми по поводу клинических проблем, используя общие термины и фразеологию. Классификация также улучшает наши возможности в деле понимания проблем, проведения исследований и формулировке вопросов относительно истинности тех предположений, из которых мы исходим в нашей повседневной практике. Помогая нам в понимании отдельных случаев, методы классификации также имеют большое значение на популяционном уровне для планирования работ и услуг в конкретном населенном пункте, городе или районе. Таким образом, система классификации оказывает нам неоценимую помощь в нашей работе.

Очень важно подчеркнуть, что классификация не есть и никогда не может быть «истиной». Это наше мнение о том, как наилучшим образом организовать наше мышление в конкретный момент времени. По мере развития знаний система классификации изменяется и совершенствуется, становясь все более полезной в решении клинических проблем. Другая проблема заключается в том, что различные страны и исследователь-

ские центры исходят из различных концепций и теорий относительно того, что является важным в классификации. Международная система должна учитывать эти различия в идеях, чтобы быть принятой во всем мире. Учитывая эти проблемы, удивительно, насколько полезной оказалась МКБ-10, но мы также должны осознавать и ее проблемы. Анализ и критика МКБ-10 будут представлены в конце приложения.

Сначала нам необходимо описать полезность МКБ-10 для детско-подростковой психиатрии.

### **Многоосевая система классификации**

Чтобы принимать разумные решения при планировании лечения в детско-подростковой психиатрии, нам необходимо иметь больше информации, чем только психиатрический диагноз. Мы должны знать, имеются ли у ребенка какие-либо проблемы развития, например, задержка развития речи или чтения у ребенка, в остальном имеющего нормальный интеллект. Также важно знать общий уровень способностей ребенка и его образовательный потенциал. Мы не сможем продвинуться сколь-нибудь далеко, если не выясним общую медицинскую историю ребенка. Например, исследования показали, что психические проблемы более распространены среди детей с хроническими заболеваниями. У больных астмой, например, психические проблемы встречаются приблизительно на 10 % чаще, чем у здоровых людей. При неврологических расстройствах психические проблемы встречаются еще более часто (см. подробности в Главе 5). Мы должны также выяснить, какие социальные проблемы есть у ребенка в семье или в его окружении, так как общеизвестно, что на способность ребенка к психологической адаптации большое влияние оказывают социальные факторы, например, насколько счастливы родители в браке.

Многоосевая система – это способ обобщения таких данных. Ниже мы поясним, как это делается.

В стандартном издании МКБ-10 определение клинического психиатрического синдрома пациента дается в виде одной записи. В многоосевой системе по каждому пациенту делается шесть записей. Эти шесть пунктов следующие:



**Ось 1** – охватывает клинический психиатрический синдром, и выбор диагноза осуществляется так же, как в стандарте МКБ-10, исключая определенные расстройства психологического развития и интеллектуального уровня. Основные категории приводятся в Таблице А.1. Пожалуйста, обратите внимание на то, что эта таблица является лишь обобщением. Детально эти категории описаны и определены в руководстве МКБ-10, которым следует руководствоваться при проведении детальной диагностической оценки.

*Таблица А.1*

<b>Ось 1: Клинические Психиатрические Синдромы. Список основных категорий</b>
<b>XX</b> Отсутствие психических расстройств
(Используйте код <b>XX</b> там, где нет психических расстройств, подпадающих под категории Оси 1. В зависимости от используемой компьютерной системы операторы могут вводить пробелы вместо <b>XX</b> )
<b>F84</b> Общие расстройства психологического (психического) развития
<b>F90–F98</b> <b>Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте</b>
<b>F90</b> Гиперкинетические расстройства
<b>F91</b> Расстройства поведения
<b>F92</b> Смешанные расстройства поведения и эмоций
<b>F93</b> Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста
<b>F94</b> Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возраста
<b>F95</b> Тики
<b>F98</b> Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
<b>F00–F09</b> <b>Органические психические расстройства, включая симптоматические</b>
<b>F00</b> Деменция при болезни Альцгеймера
<b>F01</b> Сосудистая деменция

F02 Деменция при других болезнях, классифицированных в других разделах
F03 Деменция неуточненная
F04 Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами
F05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами
F06 Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью
F07 Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга
F09 Органическое или симптоматическое психическое расстройство, неуточненное
<b>F10–F19</b> <b>Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ</b>
F10 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя
F11 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением опиоидов
F12 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением каннабиноидов
F13 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением седативных или снотворных средств
F14 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением кокаина
F15 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением других стимуляторов, включая кофеин
F16 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением галлюциногенов
F17 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением табака
F18 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением летучих растворителей
F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ

<b>F20–F29</b> <b>Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства</b>
F20 Шизофрения
F21 Шизотипическое расстройство
F22 Хронические бредовые расстройства
F23 Острые и преходящие психотические расстройства
F24 Индуцированное бредовое расстройство
F25 Шизоаффективные расстройства
F28 Другие неорганические психотические расстройства
F29 Неорганический психоз неуточненный
<b>F30–F39</b> <b>Расстройства настроения (аффективные расстройства)</b>
F30 Маниакальный эпизод
F31 Биполярное аффективное расстройство
F32 Депрессивный эпизод
F33 Рекуррентное депрессивное расстройство
F34 Устойчивые (хронические) расстройства настроения (аффективные расстройства)
F38 Другие расстройства настроения (аффективные расстройства)
F39 Расстройство настроения (аффективное расстройство), неуточненное
<b>F40–F48</b> <b>Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства</b>
F40 Фобические тревожные расстройства
F41 Другие тревожные расстройства
F42 Обсессивно-компульсивное расстройство
F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации
F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства
F45 Соматоформные расстройства
F48 Другие невротические расстройства

<b>F50–F59</b> <b>Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами</b>
F50 Расстройства приема пищи
F51 Расстройства сна неорганической этиологии
F52 Сексуальные расстройства (дисфункции), не обусловленные органическими нарушениями или болезнями
F53 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках
F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках
F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости
F59 Неуточненные поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
<b>F60–F69</b> <b>Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте</b>
F60 Специфические расстройства личности
F61 Смешанное и другие расстройства личности
F62 Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга
F63 Расстройства привычек и влечений
F64 Расстройства половой идентификации
F65 Расстройства сексуального предпочтения
F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым (психосексуальным) развитием и половой ориентацией
F68 Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте
F69 Неуточненное расстройство личности и поведения в зрелом возрасте
F99 Неуточненные психические расстройства

**Ось 2** – охватывает специфические расстройства психологического развития. Они называются специфическими, так как относятся к тем аспектам развития, которые выпали из упорядоченной последовательности развития. К ним относятся задержки развития речи и языка и школьных навыков при нормальном развитии в остальных сферах. Заголовки полной классификации задержек развития изложены в Таблице А.2, а полные диагностические определения, опять же, даны в руководстве МКБ-10.

*Таблица А.2*

<b>Ось 2</b> <b>Специфические расстройства психологического развития</b> <b>(см. о расстройствах психического развития Главу 14)</b>
XX Отсутствие специфического расстройства психологического развития
<b>F80–F89 Расстройства психологического развития</b>
F80 Специфические расстройства развития речи и языка
F80.0 Специфическое расстройство речевой артикуляции
F80.1 Расстройство экспрессивной речи
F80.2 Расстройство рецептивной речи
F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клефнера)
F80.8 Другие расстройства развития речи и языка
F80.9 Расстройства развития речи и языка, неуточненные
<b>F81 Специфические расстройства развития учебных навыков</b>
F81.0 Специфическое расстройство чтения
F81.1 Специфическое расстройство спеллингования
F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков
F81.3 Смешанное расстройство учебных навыков
F81.8 Другие расстройства развития учебных навыков
F81.9 Расстройства развития учебных навыков, неуточненные
F82 Специфическое расстройство развития моторной функции
F83 Смешанные специфические расстройства психологического развития
F88 Другие расстройства психологического развития
F89 Неспецифические расстройства психологического развития

**Ось 3** – является классификацией интеллектуального уровня ребенка, а ее категории приводятся в Таблице А.3. И вновь при проведении оценки следует обращаться к руководству МКБ-10.

*Таблица А.3*

<b>Ось 3 Интеллектуальный уровень</b>
<b>F70–F79</b> <b>Умственная отсталость. Определение:</b> «Состояние задержанного или неполного умственного развития, которое прежде всего характеризуется снижением навыков, возникающих в процессе развития; навыков, которые определяют общий уровень интеллекта, включая познавательные способности, язык, моторику, социальную дееспособность».
<b>Обзор данного блока</b>
F70 Умственная отсталость легкой степени
F71 Умственная отсталость умеренная
F72 Умственная отсталость тяжелая
F73 Умственная отсталость глубокая
F78 Другие формы умственной отсталости
F79 Неуточненная умственная отсталость
Четвертый знак может потребоваться для определения выраженности поведенческих нарушений:
F7x.0 Отсутствие или слабая выраженность нарушения поведения
F7x.1 Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения
F7x.8 Другие нарушения поведения
F7x.9 Без указаний на нарушение поведения

**Ось 4** – касается физического здоровья пациента и включает в себя те заболевания, которые часто связаны с психическими и поведенческими расстройствами из других разделов МКБ-10, а не только из раздела, посвященного психическим и поведенческим расстройствам. Список медицинских расстройств, которые могут внести свой вклад в психические или поведенческие проблемы у ребенка, слишком велик, чтобы привести его в этом небольшом издании. Однако следует подчеркнуть тот принцип, что при исследовании психических и поведенческих расстройств ребенка следует учесть возможность наличия у него физического заболевания, и те, кто желает кодировать данный аспект детских психических и поведенческих расстройств, может воспользоваться полной классификацией болезнью ВОЗ.

**Ось 5** – касается аномальных психосоциальных ситуаций, которые могут быть связаны с детским психическим расстройством. Основные группы приводятся в Таблице А.5

*Таблица А.5*

<b>Ось 5</b>
<b>Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации</b>
00 Отсутствие значимого искажения или неадекватности психосоциальной среды
<b>1. Аномальные внутрисемейные отношения</b>
1.0 Отсутствие теплоты в отношениях между родителями и детьми (Z62.4)*
1.1 Внутрисемейный разлад между взрослыми (Z63.8)
1.2 Враждебность по отношению к ребенку или срыв гнева на нем (Z62.3)
1.3 Физическое насилие в отношении ребенка (Z61.6)
1.4 Сексуальное насилие (внутри семьи) (Z61.4)
1.8 Другие
<b>2. Психическое расстройство, отклонение или инвалидность в первичной группе поддержки ребенка (Z58.8 + Z63.8)</b>
2.0 Психическое расстройство/отклонение у родителя
2.1 Инвалидность/недееспособность у родителя
2.2 Недееспособность у сиблинга
2.8 Другие
<b>3. Неадекватное или искаженное внутрисемейное общение (Z63.8)</b>

<b>4. Аномальное воспитание</b>
4.0 Чрезмерная родительская опека (Z62.1)
4.1 Неадекватный контроль/наблюдение со стороны родителей (Z62.0)
4.2 Обедненность опыта (Z62.5)
4.3 Неадекватные требования родителей (Z62.6)
4.8 Другие (Z62.8)
<b>5. Аномальное непосредственное окружение</b>
5.0 Институциональное воспитание (Z62.2)
5.1 Аномальная ситуация с родителями (Z80.1)
5.2 Изолированная семья (Z60.8)
5.3 Условия жизни, которые порождают потенциально опасную психосоциальную ситуацию (Z59.1)
5.8 Другие
<b>6. Острые жизненные события</b>
6.0 Потеря любимого родственника (Z61.0)
6.1 Отлучение от дома, представляющее значительную контекстуальную угрозу (Z61.1)
6.2 Изменение внутрисемейных отношений в отрицательную сторону (Z61.2)
6.3 События, которые приводят к снижению самооценки (Z61.3)
6.4 Сексуальное насилие (вне семьи) (Z61.5)
6.5 Пережитый страх (Z61.7)
6.8 Другие (Z61.8)
* Эти коды Z относятся к положению этих категорий в Главе Z (Факторы, влияющие на состояние здоровья и контакт со службами здравоохранения) в МКБ-10.
<b>7. Общественные стрессоры</b>
7.0 Жертва ощущаемой дискриминации или гонения (Z60.5)
7.1 Миграция или социальная трансплантация (Z60.3)
7.8 Другие
<b>8. Хронический межличностный стресс, связанный со школой/работой (Z55 относится к школе, Z56 – к работе)</b>
8.0 Конфликты с ровесниками (Z55.4), (Z56.4)
8.1 Конфликты с учителями или начальством (Z55.4), (Z56.4)



8.2 Напряженность в школе / на работе (Z55.8) (Z56.7)
8.8 Другие
<b>9. Стрессовые события/ситуации, обусловленные расстройством/недееспособностью самого ребенка (Z72.8) (в МКБ-10 эти категории можно отнести к категориям, которые применяются там, где они не обусловлены расстройством/недееспособностью самого ребенка, т. е. соответственно Z62.1, Z61.1 и Z61.3)</b>
9.0 Институциональное воспитание
9.1 Отлучение от дома, означающее значимую контекстуальную угрозу
9.2 События, приводящие к потере самоуважения
9.8 Другие

**Ось 6** – очень важно знать степень, в которой расстройство и связанные с ним проблемы, зарегистрированные по осям 1-5, воздействуют на уровень социального функционирования ребенка. В целом, это очень сложная оценка, но ось 6 дает очень краткий, ориентировочный обзор уровня инвалидизации ребенка. Эта ось полезна только как способ получения обобщенного описания. Заголовки приведены в Таблице А.6 вместе с более подробной информацией о том, как следует пользоваться этой классификацией, так как эта ось не включена в стандартное руководство ВОЗ.

*Таблица 2.6*

<b>Ось 6. Общая оценка психосоциальной инвалидизации</b>
<p>Данная ось отражает психологическое, социальное и профессиональное функционирование пациента на момент клинической оценки. За исключением особо острых расстройств оценке подлежит функционирование в течение трехмесячного периода до момента приема, но цель должна состоять в том, чтобы кодирование отразило функционирование в течение периода расстройства. Кодирование должно касаться проблем в психосоциальном функционировании, которые возникли как следствие психического расстройства (т. е. любое расстройство по Оси 1) или специфического расстройства психологического развития (т. е. любое расстройство по Оси 2), или умственной отсталости (т. е. код 70–79 по Оси 3). Проблемы, вызванные физическими (или средовыми) ограничениями, не кодируются. Оцените наихудший уровень функционирования пациента за последние 3 месяца. Код следует определять на основе видимого социального функционирования в рамках фактического социального контекста возможностей для ребенка без учета наличия/отсутствия психических симптомов.</p>

Оценка психосоциальной дезадаптации должна опираться на степень, в которой ребенок может поддерживать относительно гармоничные отношения с родителями, сиблингами, учителями и другими взрослыми; владеет навыками чистоты и опрятности в соответствии со своим возрастом и социальными обстоятельствами; выполняет соответствующую домашнюю работу; может без особого труда выходить из дома; справляется с нагрузкой в школе / классе в соответствии со своим возрастом и интеллектом; формирует взаимные отношения с ровесниками, которые включают в себя совместные действия; участвует в различных действиях в свободное время и справляется с оплачиваемой работой (если работает). Решение о том, является ли причиной недееспособности психическое расстройство, должно быть основано, прежде всего, на наблюдении, связано ли изменение в уровне психосоциального функционирования значимым образом с временем появления психических симптомов, и имеются ли существенные признаки того, что эти симптомы могли привести к психосоциальной дезадаптации.

**0 Отличное/хорошее социальное функционирование**

Отличное/хорошее функционирование во всех социальных сферах. Хорошие межличностные отношения с семьей, ровесниками и взрослыми вне семьи; эффективная адаптация ко всем социальным ситуациям и хороший спектр досуговых занятий и интересов.

**1 Умеренное социальное функционирование**

Умеренное функционирование в целом, но при преходящих или небольших трудностях только в одной или двух сферах (функционирование может быть или не быть отличным в одной или двух других сферах).

**2 Небольшая социальная дезадаптация**

Адекватное функционирование в большинстве областей, но небольшие трудности, по крайней мере, в одной или двух областях (выражающиеся, например, в трудностях в формировании дружбы, ограниченности социальных действий/интересов, трудностей в семейных взаимоотношениях, малоэффективной социальной адаптации или трудностях в отношениях со взрослыми вне семьи).

**3 Умеренная социальная дезадаптация**

Умеренная дезадаптация, по крайней мере, в одной или двух сферах.

**4 Серьезная социальная дезадаптация**

Серьезная дезадаптация, по крайней мере, в одной или двух сферах (например, явное отсутствие друзей, неспособность справиться с новыми социальными ситуациями или неспособность посещать школу).

**5 Серьезная и устойчивая социальная дезадаптация**

Серьезная дезадаптация в большинстве сфер.

<b>6 Неспособность функционировать в большинстве сфер</b>
Нуждается в постоянном наблюдении или заботе со стороны других людей для поддержания каждодневного функционирования не может справиться самостоятельно.
<b>7 Значительная и устойчивая социальная инвалидизация</b>
Иногда не способен поддерживать минимальный уровень личной гигиены или время от времени требует длительного наблюдения во избежание опасности для себя или окружающих, или демонстрирует значительное ухудшение во всех способах общения.
<b>8 Глубокая и устойчивая социальная инвалидизация</b>
Устойчивая неспособность поддерживать личную гигиену, или постоянный риск причинения серьезного вреда себе или другим, или полное отсутствие умения общаться.

Многоосевая система классификации оказалась чрезвычайно полезной в практическом плане, но следует еще раз подчеркнуть, что она далека от совершенства. Ее сильные и слабые стороны следует рассмотреть вместе с более общими принципами классификации, что является темой следующего раздела.

### Как использовать многоосевую систему МКБ-10

Для каждого пациента можно получить оценку по каждой оси. Предположим, например, что обследование мальчика Миши, чей случай был описан в начале Главы 1 (и Жени, описанный в Главе 3), показывает, что, в дополнение к уже упомянутым моментам, у него несколькими месяцами ранее был ряд эпилептических приступов, и он проходит медикаментозное лечение. Он начал говорить в возрасте трех с половиной лет, хотя в понимании речи серьезного отставания нет. Поведение Миши в школе также вызывает серьезные проблемы, и на данный момент времени он занимается с учителем на дому. Мишу не любят другие дети. По многоосевой системе Миша мог бы быть представлен следующим образом:

Профиль Миши по многоосевой системе (см. Главу 3, где приводится этот пример).

**Ось 1: F91. 1 Гиперактивное расстройство поведения.** Эту кодировку следует использовать, когда удовлетворяются критерии и для гиперкинетического расстройства, и для расстройства поведения.

**Ось 2: F80. 1 Расстройство экспрессивной речи.** Специфическое расстройство развития, при котором способность ребенка использовать экспрессивную речь заметно отстает от соответствующего уровня психологического развития для его возраста, но при котором понимание

речи находится в пределах нормы. Может присутствовать нарушение артикуляции.

**Ось 3: XX Умственная отсталость:** отсутствует.

**Ось 4: G40 Эпилепсия с указанием конкретного типа эпилепсии.**

**Ось 5: 1.2 Издевательства и враждебность по отношению к ребенку.**

**Ось 6: 4 Серьезная социальная дезадаптация.** Миша был исключен из школы два раза за плохое поведение в классе. Таким образом, дезадаптация весьма серьезно затрагивает две стороны его жизни: социальную, что выражается в отверженности и издевательствах со стороны других детей, а также школьную.

## Часть 2 - Принципы классификации

До середины 1960-х годов какой-либо классификации детских психических расстройств в Великобритании или других западных странах не было, и не придавалось значение ее возможной важности. Лечение обычно опиралось на психологические теории временного аспекта детского развития, в особенности на теории, разработанные детскими психотерапевтами. Идея классификации расстройств не казалась целесообразной, потому что каждый ребенок считался уникальным, и классифицировать их было бы нарушением этой индивидуальности. Но это неверно. Никто не отрицает уникальности каждого ребенка; классификации подвергается не ребенок, а расстройство, которое может у него быть. Не нужно заглядывать далеко, чтобы увидеть, что расстройства, с которыми пациенты приходят на прием в детскую психиатрическую клинику, весьма различны. Исследования показали много раз, насколько они отличаются, как мы это увидим в данном приложении.

### *Первый и очень важный вопрос:*

*Как мы решим, имеет ли данный ребенок расстройство, или просто доставляет кому-то неприятности, или проходит через бурный этап в своем развитии?*

Здравый смысл и практический подход дают ответ на этот вопрос. Психическое расстройство в большинстве случаев представляет собой преувеличенное выражение конкретного поведения или эмоций, которые присутствуют у всех детей. Например, все дети могут вести себя плохо, но ребенок с расстройством поведения ведет себя настолько ужасно, что он портит жизнь и часто причиняет проблемы другим своей агрессивностью, ложью, кражами и разрушительностью (Миша является хорошим примером). Такое плохое поведение является обычным компонентом поведения этих детей вне влияния какой-либо конкретной ситуации. Плохое поведение влияет на жизнь ребенка в такой мере, что может привести к исключению из школы, проблемам дома и отвержен-

ности со стороны других детей. Склонность к риску и компульсивное поведение ребенка с расстройством поведения может привести к ситуациям физической опасности для его жизни или привлечь внимание правоохранительных органов. Это только некоторые из проблем, к которым может привести плохое поведение ребенка, и которые могут повредить его развитие и создать проблемы в последующей жизни.

**Психическое расстройство** – это аномалия в эмоциях, поведении или отношениях, которая является достаточно серьезной или длительной, чтобы причинить бедствие ребенку или другим людям, и которая может стать препятствием в жизни.

На практике может оказаться так, что будет важнее убедить ребенка или подростка в том, что у него нет психического расстройства, и он не нуждается в помощи психиатра!

Наиболее важной функцией системы классификации является то, что она должна отразить реальные отличия между различными типами психических расстройств. Например, не имеет смысла система, которая дифференцировала бы детей по цвету глаз или волос, потому что нет никаких свидетельств, что эти черты являются важными критериями для понимания или дифференциации психических расстройств или расстройств поведения. Однако имеется много различий, значимость которых была подтверждена, и мы переходим к их описанию.

### **Различия, основанные на типе поведения или эмоций**

Двумя наиболее общими расстройствами в клинической практике являются нарушения поведения и эмоциональные расстройства. Типы поведения при этих двух расстройствах и проблемы, которые они вызывают, значительно отличаются, и многими научными исследованиями было подтверждено, что посредством статистического анализа симптоматики в этих двух группах можно показать, что они отличаются друг от друга. Хотя проблемы поведения и эмоциональные нарушения обычно встречаются у разных детей, есть дети, у которых присутствуют обе эти проблемы в виде сопутствующих заболеваний. О таких детях часто говорят, что у них присутствует смешанное эмоционально-поведенческое расстройство. В данном конкретном случае особенности таких расстройств проявляются более как расстройство поведения, чем расстройство эмоций.

### **Отличия в возрасте**

Различные расстройства детско-подросткового возраста имеют разное время возникновения. Некоторые расстройства отмечаются весьма редко до подросткового возраста. Примерами являются шизофрения,

серьезная депрессия, наркомания и алкоголизм. Нарушения поведения обычно начинаются в средний период детства, а гиперкинетическое расстройство и аутизм проявляются в более раннем детстве.

### **Различия на основе половой принадлежности**

В целом психические расстройства, начало которых приходится на раннее детство, чаще встречаются у мальчиков, а расстройства, характерные для подросткового возраста, более распространены среди девочек. В классическом британском исследовании, получившем название «Исследование на острове Уайт», было обнаружено, что среди детей в возрасте 11 лет психические расстройства в два раза чаще встречались у мальчиков.

*Таблица А.7*

**Данные британского исследования 10438 детей для выявления соотношения мальчиков и девочек с различными видами психических расстройств (UK Office of National Statistics)**

<b>Возраст</b>	<b>Пол</b>	<b>Одно или более расстройств</b>	<b>Расстройство поведения</b>	<b>Гиперактивность</b>	<b>Эмоциональное расстройство</b>
5–10	Мальчики	10,4	6,5	2,6	3,3
5–10	Девочки	5,9	2,7	0,4	3,3
11–15	Мальчики	12,8	8,6	2,3	5,1
11–15	Девочки	9,6	3,8	0,5	6,1

В Таблице А.7 есть несколько интересных моментов. Частота нарушений поведения и гиперактивности у мальчиков намного выше, чем у девочек, во всех возрастных группах. С другой стороны, в старших возрастных группах частота эмоциональных расстройств среди девочек очень высока и намного выше, чем у мальчиков того же возраста.

### **Различия, основанные на прогнозе**

Люди отличаются друг от друга также наследственностью. В течение долгого времени слишком мало внимания уделялось этому существенному источнику различий, которое лежит в основе различий как взрослых, так и детей. В некоторых случаях, например, при аутизме, ши-

зофрении с началом в раннем возрасте, биполярной депрессии причина различий кроется в генетике, а в других, например, при расстройстве поведения, различие может быть обусловлено социальными ожиданиями и воспитанием и, возможно, генетикой. Эти относительно новые открытия имеют огромное значение для лечения и оказания помощи. Вопрос генетической этиологии обсуждается в Главе 7. Вполне вероятно, что эти отличия станут более важными по мере совершенствования классификации в будущем.

### **Различия, основанные на прогнозе**

Очень длительные лонгитюдные исследования показали, что прогноз для разных детских психических расстройств также различен. Например, большая часть детей и подростков с расстройствами поведения продолжает демонстрировать антиобщественное поведение и агрессивные черты асоциальной личности и во взрослой жизни. Это отличает их от детей с эмоциональными расстройствами, у которых впоследствии обычно наблюдается улучшение. По аутизму также проводились долгосрочные исследования. Они также показывают, что прогноз связан с уровнем интеллекта и социальной адаптации в детстве. Дети с низким и умеренным уровнем способностей на ранней стадии, скорее всего, останутся зависимыми на протяжении всей жизни. При почти нормальном интеллекте и хорошей адаптации на ранних этапах жизни шансы на независимую взрослую жизнь составляют 50:50.

### **Коморбидность**

Медики могут проявлять скептицизм при переходе от точных диагнозов в общей медицине к психиатрии, где они часто сталкиваются с путаницей симптомов и форм поведения у пациентов, с которыми они имеют дело в клинической практике. При использовании МКБ-10 правило состоит в том, чтобы найти категорию, которая подходит лучше всего к наблюдениям. Другой возможный подход заключается в допущении столь многих диагностических утверждений, сколько необходимо для описания расстройства ребенка. Этот подход применяется в классификации DSM-IV, используемой в США. Ни один из этих подходов не может удовлетворять полностью. Лучше попробовать проанализировать лежащую в основе трудность. Вполне возможно, что проблема будет разной в различных типичных примерах. Например:

**При стойком расстройстве развития** многие дети, особенно с умственной отсталостью, имеют некоторые из особенностей детского аутизма F84.0 с социальной отстраненностью, странными стереотипны-

ми движениями или нарушения развития речи, начинающиеся в раннем детстве. Более общая категория стойкого расстройства развития должна использоваться при любом сомнении в диагнозе. Атипичный аутизм 84.1 может использоваться, если есть уверенность в присутствии характеристик синдрома у конкретного ребенка, и начало симптомов приходится на более поздний период, чем ранний грудной возраст.

**При эмоциональных расстройствах.** Как и у взрослых, совершенствование стандартов показало, что эмоциональные симптомы могут иметь много типов. Тревога, депрессия, obsессивные симптомы, фобии различных видов – все они являются достаточно распространенными (см. Главу 2). Во многих случаях эти проявления сосуществуют друг с другом, и исследователям нужно потрудиться, чтобы найти пациента с «чистой» депрессией или фобией.

**При расстройствах поведения и эмоций.** При использовании МКБ-10 правило состоит в том, чтобы найти категорию, которая лучше всего соответствует наблюдениям. Другой возможный подход заключается в том, чтобы допустить столько диагностических утверждений, сколько необходимо для описания расстройства ребенка. Это подход применяется в классификации DSM-IV, используемой в США. Система классификации DSM-IV широко используется в исследованиях и должна быть изучена теми, кто ими занимается. Ни один из подходов не является полностью удовлетворяющим, и проблема классификации коморбидности остается пока нерешенной.

### **Другие методы классификации – размерный подход**

Многие из полезных мер в психологии и медицине опираются на принципы, отличающиеся от представленных в данном приложении. В других подходах применяются непрерывные шкалы, например, такие, как используемые в простых биологических измерениях роста и веса или в психологических измерениях, например, способностей и успехов в образовательных учреждениях. К ним относится и измерение коэффициента интеллектуального развития IQ. Такие методы также используются для оценки психологических различий в поведении между людьми, например, различных аспектов темперамента, описанных в Главе 1 и Таблице 1.3.

### ***Резюме Приложения 1***

В данном приложении кратко представлена классификация МКБ-10. Важно, чтобы читатель понимал эту систему и имел экземпляр книги, описывающей ее. В таблицах приводится краткое содержание класси-



фикации и описываются принципы многоосевой системы. Приводятся некоторые примеры применения многоосевой системы для оказания помощи в диагностике.

### *Дополнительная литература*

1. Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders (in English) Cambridge UK: Cambridge University Press, 1996. Copyright WHO.

2. Международная Классификация Болезней (10-ый пересмотр) Классификация психических и поведенческих расстройств.

3. Российское издание классификации было разработано для общей психиатрии. Оно полезно для Оси 1, но полного описания многоосевой системы на русском языке в настоящее время нет.

*Научное издание*

**Практическое руководство по детско-подростковой  
психиатрии: многодисциплинарные подходы**

*Под общей редакцией профессора Р. Никола*

*Второе издание*

Корректор *А. А. Макарова*  
Подготовка макета *А. Ю. Матвеев*  
Ответственная за выпуск *Н. А. Юдина*

Подписано в печать 27.10.09. Формат 60 X 84/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура Times New Roman. Печать офсетная.  
Тираж 500 экз. Заказ 944.

Издательство Уральского университета  
620083, Екатеринбург, ул. Тургенева, 4.

Отпечатано в типографии ИПЦ «Издательство УрГУ»  
620083, Екатеринбург, ул. Тургенева, 4.