



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ

ПРОЕКТ

**«Это – выдающийся текст,
лучшее пособие по детской
патопсихологии как для новичка,
так и для профессионала.
Настоящее научное
произведение
искусства!»**

*Рассел Беркли, доктор медицины,
профессор University of Massachusetts Medical
School*

Eric J. Mash

University of Calgary

David A. Wolf

University of Western Ontario

**ABNORMAL
CHILD
PSYCHOLOGY**

Second Edition



Australia • Canada • Mexico • Singapore • Spain • United Kingdom • United States

Эрик Мэш
Дэвид Вольф

**ДЕТСКАЯ
ПАТОПСИХОЛОГИЯ**
Нарушения психики ребенка

Третье международное издание

Санкт-Петербург
«ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК»
Москва
«ОЛМА-ПРЕСС»
2003

ББК 56.14
УДК 616.89
М97

*Права на перевод получены издательством «ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК»
соглашением с Thomson Learning of Berkshire House.*

*Все права защищены. Никакая часть данной книги
не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме
без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

М97 Мэш Э., Вольф Д.
Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка — СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК,
2003. — 384 с. (Проект «Психологическая энциклопедия»)

ISBN 5-93878-081-0

ISBN 0-534-55417-2 (англ.)

Данная книга является основным или дополнительным учебным пособием по курсам детской психологии, детской и подростковой патопсихологии, психологии отклоняющегося поведения, патопсихологии развития детского и подросткового возраста, медицинской психологии и дефектологии. Академический текст Эрика Мэша и Дэвида Вольфа является образцом учебника, гармонично совмещающего клинико-диагностический и экспериментальный подходы в освещении нормального детского и юношеского развития и психопатологии этих возрастов. «Выдающийся текст, лучшее пособие как для новичка, так и для профессионала. Настоящее научное произведение искусства!»

ЭРИК МЭШ, ДЭВИД ВОЛЬФ

ДЕТСКАЯ ПАТОПСИХОЛОГИЯ. НАРУШЕНИЯ ПСИХИКИ РЕБЕНКА

Научные редакторы: *А. Копытин, С. Кулаков*

Редакторы: *А. Козлов, Д. Гиппиус, Г. Губашева, М. Козикова*

Художественный редактор *В. Шимкевич*

Компьютерная верстка *А. Кудрявцев*

ЛП № 000370 от 30.12.99.

Подписано в печать 02.10.2002. Формат 84 × 108^{1/16}. Печать офсетная.

Усл. печ. л. . Тираж экз. Заказ

«ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК». 195009, Санкт-Петербург, ул. Комсомола, 41, офис 419, 421

Заказ на печать размещен через издательство «ОЛМА-ПРЕСС Инвест».

129075, Москва, Звездный бульвар, д. 23а, строение 10.

ИД № 05761 от 04.09.01

Отпечатано с готовых диапозитивов в полиграфической фирме «Красный пролетарий».

103473, Москва, ул. Краснопролетарская, д. 16.

ISBN 5-93878-081-0
ISBN 0-534-55417-2 (англ.)

© Wadsworth, a division of Thomson Learning Inc.
Thomson Learning is a trademark used herein
under license, 2002

© Перевод на русский язык: Будагова Е., Васильева М., Кулаков А., Миронов Н., Ордановская Л., Парсаданова М., Пешкова Т., Прянишников М., Рысев С., Царук Л., 2002

© Серия, оформление. ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003
© ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	13	Вопросы психического здоровья детей и подростков	34
УСПЕХИ ДЕТСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ	13	Контекстуальные факторы	35
ВНИМАНИЕ К РЕБЕНКУ, А НЕ ТОЛЬКО К РАССТРОЙСТВАМ	13	Специальные вопросы, касающиеся подростков	36
ВСЕСТОРОННИЙ И КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД	13	Долговременные последствия	37
ПУТИ РАЗВИТИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ РАССТРОЙСТВ В ЗРЕЛОСТИ	14	ИТОГИ РАЗДЕЛА	37
ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ И РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯМИ	14	Предваряющий комментарий	37
СОЧЕТАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ	14	КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	38
ОПТИМАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ МАТЕРИАЛА	14	ГЛАВА 2	
УДОБНЫЕ ДЛЯ ЧИТАТЕЛЯ ГЛАВЫ	14	ТЕОРИИ И ПРИЧИНЫ ДЕТСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ	39
ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ	15	КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ТРУДНОСТЕЙ ДЖЕЙКА?	41
ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ	15	ИТОГИ РАЗДЕЛА	43
РЕЦЕНЗЕНТЫ	16	РОЛЬ ТЕОРИИ	43
Рецензенты первого издания	16	Вопросы развития	44
ГЛАВА 1		Взгляд с точки зрения психопатологии развития	44
ВВЕДЕНИЕ	17	ИТОГИ РАЗДЕЛА	47
ИСТОРИЯ ВОПРОСА И НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ	19	ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ	47
Пробуждение общественного сознания	20	Исходные установки	48
Психическое расстройство и задержка психического развития	21	Интегративный подход	50
Ранние биологические атрибуты	22	ИТОГИ РАЗДЕЛА	50
Ранние психологические атрибуты	23	ВЗГЛЯД С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ БИОЛОГИИ	51
Совершенствование методов лечения	25	Нервная пластичность и значение опыта	51
ИТОГИ РАЗДЕЛА	26	Генетические факторы	52
ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	26	Нейробиологические факторы	55
Определение психических расстройств	27	Итоги раздела	57
Компетентность	29	ВЗГЛЯД С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОЛОГИИ	57
Пути развития	29	Поведенческие и когнитивные влияния	60
ИТОГИ РАЗДЕЛА	31	ИТОГИ РАЗДЕЛА	62
РИСК И ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ	31	ВЛИЯНИЯ СО СТОРОНЫ СЕМЬИ И СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ	62
ИТОГИ РАЗДЕЛА	34	Эволюция и привязанность	64
ЗНАЧИМОСТЬ ПРОБЛЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	34	Контекст семьи и сверстников	64
		ИТОГИ РАЗДЕЛА	64
		Предваряющий комментарий	65
		КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	66

ГЛАВА 3	
ИССЛЕДОВАНИЯ	67
НАУЧНЫЙ ПОДХОД	68
Облегченная коммуникация: случай из практики	69
ИТОГИ РАЗДЕЛА	70
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПРОЦЕСС	70
Примеры исследуемых проблем	71
Типовые предметы исследования	72
ИТОГИ РАЗДЕЛА	76
МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ	76
Стандартизация, надежность и валидность	76
Измерения	77
Сообщения	77
Психофизиология и нейровизуализация	78
Наблюдение	79
ИТОГИ РАЗДЕЛА	80
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПРИЕМЫ	80
Идентификация выборки	81
Общие подходы	81
Планы исследования	84
Качественное (квалитативное) исследование	88
ИТОГИ РАЗДЕЛА	91
ВОПРОСЫ ЭТИКИ	
И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ	91
Информированное согласие и выражение согласия	92
Добровольное участие	92
Конфиденциальность и анонимность	92
Безопасные процедуры	92
Другие проблемы этики и целесообразности	93
ИТОГИ РАЗДЕЛА	93
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	93
ГЛАВА 4	
ОБСЛЕДОВАНИЕ, ДИАГНОЗ	
И ТЕРАПИЯ	95
КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ	96
Процесс принятия решений	96
Анализ развития	97
Цели обследования	99
ИТОГИ РАЗДЕЛА	100
ОЦЕНКА РАССТРОЙСТВ	100
Клиническое интервью	101
Обследование поведения	105
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ	108
ИТОГИ РАЗДЕЛА	113
КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОЗ	114
Категории и измерения	114
Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам	116
ИТОГИ РАЗДЕЛА	119
ТЕРАПИЯ	119
Вмешательство	120
Факторы культуры	121
Задачи терапии	121
Модели оказания медицинских услуг	122
Этические и юридические соображения	123
Общие подходы	124
Эффективность методов лечения	127
ИТОГИ РАЗДЕЛА	128
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	128
ГЛАВА 5	
ГИПЕРКЕНИТИЧЕСКОЕ	
РАССТРОЙСТВО И ДЕФИЦИТ	
ВНИМАНИЯ (ГРДВ)	129
ОПИСАНИЕ И ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ	
РАССТРОЙСТВА	130
Описание	130
История изучения расстройства	131
ИТОГИ РАЗДЕЛА	132
ГЛАВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	132
Невнимательность	133
Гиперактивность-импульсивность	135
Дополнительные критерии	137
Подтипы	137
О чем молчат диагностические критерии Руководства DSM?	138
ИТОГИ РАЗДЕЛА	138
АССОЦИИРОВАННЫЕ	
ХАРАКТЕРИСТИКИ	138
Дефицит когнитивных навыков	138
Речевые расстройства	140
Медицинские и соматические характеристики	140
Межличностные проблемы	141
Ситуативные факторы и особенности задания	142
ИТОГИ РАЗДЕЛА	142
СОПУТСТВУЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ	
РАССТРОЙСТВА И СИМПТОМЫ	143
Оппозиционно-вызывающее расстройство	143
Тревожность	144

Депрессия	144
ИТОГИ РАЗДЕЛА	144
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ГРДВ	144
Гендерные различия	145
Культурные и этнические различия в оценках распространенности и методах диагностики ГРДВ	145
Течение заболевания и его последствия	146
ИТОГИ РАЗДЕЛА	147
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГРДВ. ТЕОРИИ И ГИПОТЕЗЫ	148
Генетические влияния	148
Беременность, роды и раннее развитие	150
Нейробиологические факторы	151
Диета, аллергии и свинец	153
Влияние семьи	153
ИТОГИ РАЗДЕЛА	154
ЛЕЧЕНИЕ	154
Медикаментозное лечение:	
острая полемика	155
Тренинг родительской компетентности (ТРК)	158
Педагогическая коррекция	158
Интенсивные вмешательства	159
Дополнительные вмешательства	160
Комментарий по поводу спорных методов лечения	161
Перспективы	161
ИТОГИ РАЗДЕЛА	162
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	162
ГЛАВА 6 ПРОБЛЕМЫ ПОВЕДЕНИЯ	163
ОПИСАНИЕ	164
ИТОГИ РАЗДЕЛА	165
СРЕДА, ЗАТРАТЫ И ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НА ПРОБЛЕМУ ПОВЕДЕНИЯ	166
Среда	166
Социальные и экономические затраты	168
Точки зрения	168
ИТОГИ РАЗДЕЛА	170
DSM-IV-TR: ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	171
Оппозиционно-демонстративное расстройство	171
РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ	171
ИТОГИ РАЗДЕЛА	175

ХАРАКТЕРИСТИКИ, ВЗАИМОСВЯЗАННЫЕ С ПРОБЛЕМАМИ ПОВЕДЕНИЯ	175
Дефицит когнитивных и вербальных навыков	176
Проблемы обучения	176
Дефицит самоуважения	177
Межличностные трудности в общении со сверстниками	178
Семейные проблемы	179
Проблемы, связанные со здоровьем	180
Злоупотребление наркотиками и алкоголем	180
ИТОГИ РАЗДЕЛА	180
СОПУТСТВУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА И СИМПТОМЫ	181
Гиперкинетическое расстройство и нарушения активности и внимания (синдром дефицита внимания)	181
Депрессия и тревога	181
ИТОГИ РАЗДЕЛА	182
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОБЛЕМ ПОВЕДЕНИЯ, ПОЛ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ	182
Распространенность	182
Пол	182
Пути развития асоциального поведения	184
Последствия антисоциального поведения в зрелости	188
ИТОГИ РАЗДЕЛА	189
ПРИЧИНЫ	189
Генетические влияния	189
Нейробиологические факторы	190
Социально-когнитивные факторы	192
Семейные факторы	192
Другие семейные проблемы	194
Социальные факторы	196
Культурные факторы	197
ИТОГИ РАЗДЕЛА	199
ТЕРАПИЯ	199
Тренинг родительской компетентности	201
Когнитивный тренинг навыков разрешения проблем	203
Многосистемная терапия	203
Лекарственные препараты	204
Превентивные вмешательства	204
ИТОГИ РАЗДЕЛА	205
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	206
ГЛАВА 7 ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА ...	207

ОПИСАНИЕ	208
Переживание тревоги	208
Отличие тревоги от страха и паники	211
Нормальные страхи, тревоги, беспокойство и ритуальные действия	211
Тревожные расстройства, согласно руководству DSM-IV-TR	213
ИТОГИ РАЗДЕЛА	214
ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО В СВЯЗИ С РАЗЛУКОЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	
215	
Распространенность и сопутствующие расстройства	216
Возникновение, течение и последствия	216
Нежелание или отказ посещать школьные занятия	217
ИТОГИ РАЗДЕЛА	219
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО	219
Распространенность и сопутствующие расстройства	221
Возникновение, течение и последствия генерализованного тревожного расстройства	221
ИТОГИ РАЗДЕЛА	221
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ФОБИЯ	221
Распространенность и сопутствующие расстройства	223
Возникновение, течение и последствия специфических фобий	223
ИТОГИ РАЗДЕЛА	223
СОЦИОФОБИЯ (СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОГА)	223
Распространенность, течение и сопутствующие расстройства	225
Избирательный мутизм	226
ИТОГИ РАЗДЕЛА	226
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО	227
Распространенность и сопутствующие расстройства	230
Возникновение, течение и последствия обсессивно-компульсивного расстройства	230
ИТОГИ РАЗДЕЛА	231
ПАНИКА	231
Приступы паники	231
Паническое расстройство	232
Распространенность и сопутствующие расстройства	233
Возникновение, течение и последствия панического расстройства	233
ИТОГИ РАЗДЕЛА	234
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ И ОСТРОЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА	234
Распространенность и сопутствующие расстройства	235
Возникновение, течение и последствия	235
ИТОГИ РАЗДЕЛА	236
АССОЦИИРОВАННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ	237
Нарушения когнитивных процессов	237
Физические симптомы	238
Дефицит навыков социального взаимодействия и навыков обработки эмоциональной информации	238
Тревога и депрессия	238
ИТОГИ РАЗДЕЛА	239
ГЕНДЕРНЫЕ, КУЛЬТУРНЫЕ И ЭТНИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ	239
ИТОГИ РАЗДЕЛА	240
ТЕОРИИ И ПРИЧИНЫ	240
Ранние теории	240
Темперамент	241
Генетические и семейные факторы риска ..	242
Нейробиологические факторы	243
Влияние семьи	243
ИТОГИ РАЗДЕЛА	244
ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ	245
Обзор	245
Бихевиоральная терапия	247
Когнитивно-бихевиоральная терапия	248
Медикаментозное лечение тревожных расстройств	249
Участие семьи	251
ИТОГИ РАЗДЕЛА	251
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	251
ГЛАВА 8 РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ	253
ИТОГИ РАЗДЕЛА	255
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	255
Основные признаки	256
История изучения депрессивных расстройств у детей и подростков	256
Депрессия у детей и подростков	257

Депрессия и процесс индивидуального развития	257
Природа депрессии	259
ИТОГИ РАЗДЕЛА	259
БОЛЬШОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО	259
СОПУТСТВУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА	262
Возникновение, течение и последствия	262
Гендерные и этнические различия	264
ИТОГИ РАДЕЛА	265
ДИСТИМИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (DD)	265
Распространенность и сопутствующие расстройства	266
Возникновение, течение и последствия	266
ИТОГИ РАЗДЕЛА	267
АССОЦИИРОВАННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	267
Интеллектуальная деятельность и учеба	268
Когнитивные искажения	268
Заниженная самооценка	269
Социальное взаимодействие и проблемы взаимоотношений со сверстниками	270
Семейные проблемы	271
Суицид	271
ИТОГИ РАЗДЕЛА	273
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕПРЕССИИ	273
Психодинамическая теория	273
Теория присоединения	273
Бихевиористская теория депрессии	274
Когнитивная теория	274
Другие теории депрессии	276
ИТОГИ РАЗДЕЛА	277
ПРИЧИНЫ ДЕПРЕССИИ	277
Генетические и семейные факторы риска ..	277
Нейробиологические факторы	278
Влияние семьи	279
Когда родители страдают депрессией	280
Стрессовые события	280
Регуляция эмоций	281
ИТОГИ РАЗДЕЛА	281
ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ	282
Психосоциальные вмешательства	283
Медикаментозное лечение	285
Профилактика	286
ИТОГИ РАЗДЕЛА	286

БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО (ВР)	287
Распространенность биполярного расстройства	291
Сопутствующие расстройства	291
Возникновение, течение и последствия биполярного расстройства	291
Причины	292
Лечение биполярного расстройства	293
ИТОГИ РАЗДЕЛА	294
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	294
ГЛАВА 9	
УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ	295
ИНТЕЛЛЕКТ И УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ	296
Сенсация евгеников	297
Определение и измерение интеллекта и адаптивности детей	299
Споры о коэффициенте интеллекта	299
ИТОГИ РАЗДЕЛА	300
ЧЕРТЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ	301
Клиническое описание	302
Степени нарушения	303
Уровни требуемой поддержки	305
Распространенность	306
ИТОГИ РАЗДЕЛА	306
ВОЗРАСТНОЕ РАЗВИТИЕ И РЕЗУЛЬТАТ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ	307
Мотивация	308
Изменения в развитии	309
Речь и социальное поведение	309
Эмоциональные и поведенческие проблемы	310
Другие нарушения	312
ИТОГИ РАЗДЕЛА	312
ПРИЧИНЫ	313
Наследственность и влияние окружающей среды	315
Генетические и конституциональные факторы	316
Нейробиологическое влияние	318
Социальная и психологическая сферы	319
ИТОГИ РАЗДЕЛА	320
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ, ОБУЧЕНИЕ И ТЕРАПИЯ	320
Обучение родителей и пренатальный скрининг	321
Психосоциальная терапия	322
ИТОГИ РАЗДЕЛА	326

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	326	ИТОГИ РАЗДЕЛА	364
ГЛАВА 10		ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ	364
АУТИЗМ И ДЕТСКАЯ		ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ	
ШИЗОФРЕНИЯ	327	ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ, СОГЛАСНО	
АУТИЗМ	328	УКОВОДСТВУ (DSM-IV-TR)	366
ОПИСАНИЕ АУТИЗМА И ИСТОРИЯ		Психотические симптомы	366
ЕГО ИЗУЧЕНИЯ	328	ИТОГИ РАЗДЕЛА	366
ИТОГИ РАЗДЕЛА	330	СОПУТСТВУЮЩИЕ СИМПТОМЫ	
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АУТИЗМА,		И ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ	367
СОГЛАСНО ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ		РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ШИЗОФРЕНИИ ...	367
И СТАТИСТИЧЕСКОМУ РУКОВОДСТВУ ПО		ИТОГИ РАЗДЕЛА	368
ПСИХИАТРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ (DSM-		ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ	368
IV-TR)	330	Биологические факторы	369
Спектр проявлений аутизма	331	Факторы среды	370
ИТОГИ РАЗДЕЛА	334	ИТОГИ РАЗДЕЛА	371
ГЛАВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ		ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ	371
АУТИЗМА	334	ИТОГИ РАЗДЕЛА	371
Нарушения социального		КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	371
взаимодействия	334	ГЛАВА 11	
Нарушение процессов		КОММУНИКАТИВНЫЕ	
коммуникации	336	РАССТРОЙСТВА И НАРУШЕНИЯ	
ИТОГИ РАЗДЕЛА	340	РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНЫХ	
АССОЦИИРОВАННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ		НАВЫКОВ	373
АУТИЗМА	341	ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ИСТОРИЯ	375
ИТОГИ РАЗДЕЛА	347	ИТОГИ РАЗДЕЛА	378
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ		РАЗВИТИЕ РЕЧИ	378
ПРОТЕКАНИЯ АУТИЗМА	348	Фонологическая осведомленность	378
Время наступления болезни	348	ИТОГИ РАЗДЕЛА	379
ИТОГИ РАЗДЕЛА	349	РАССТРОЙСТВА КОММУНИКАЦИИ	379
ПРИЧИНЫ АУТИЗМА	349	РАССТРОЙСТВО	
Проблемы раннего развития	350	ЭКСПРЕССИВНОЙ РЕЧИ	380
Генетические влияния	350	Распространенность и течение	381
Структурные нарушения и		Причины	382
функциональные расстройства мозга ...	351	Лечение	383
ИТОГИ РАЗДЕЛА	352	ЗАИКНИЕ	384
ЛЕЧЕНИЕ АУТИЗМА	352	Распространенность и течение	384
Разные дети —		Причины и лечение	384
разные методы лечения	353	ИТОГИ РАЗДЕЛА	385
Общий обзор	354	РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНЫХ	
Программы раннего вмешательства	358	НАВЫКОВ	385
ИТОГИ РАЗДЕЛА	359	РАССТРОЙСТВО	
ДРУГИЕ ТЯЖЕЛЫЕ РАССТРОЙСТВА,		НАВЫКОВ ЧТЕНИЯ	388
ВЫЗВАННЫЕ НАРУШЕНИЯМИ		РАССТРОЙСТВО	
РАЗВИТИЯ	359	НАВЫКОВ СЧЕТА	389
Синдром Аспергера	359	РАССТРОЙСТВО	
Синдром Ретта	363	НАВЫКОВ ПИСЬМА	389
Детское дезинтегративное			
расстройство	364		

Распространенность и течение	390
Случаи	394
Предупреждение нарушений и их лечение	397
ИТОГИ РАЗДЕЛА	403
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	404
ГЛАВА 12	
РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ	
СО ЗДОРОВЬЕМ	405
ИТОГИ РАЗДЕЛА	407
К ИСТОРИИ ВОПРОСА	407
ИТОГИ РАЗДЕЛА	408
РАССТРОЙСТВА СНА	408
РЕГУЛИРУЮЩИЕ ФУНКЦИИ СНА	409
НОРМАЛЬНЫЕ ФАЗЫ СНА	410
ВЛИЯНИЕ СИТУАЦИИ И КУЛЬТУРЫ	412
ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ РАССТРОЙСТВ СНА	412
Лечение	418
ИТОГИ РАЗДЕЛА	419
РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ	
С ОСВОБОЖДЕНИЕМ ОРГАНИЗМА	419
ЭНУРЕЗ	420
Энкопрез	423
ИТОГИ РАЗДЕЛА	424
ХРОНИЧЕСКИЕ ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ	424
Допустимые отклонения в здоровье детей	426
Сахарный диабет	428
Детский рак	429
Развитие и течение	430
Как адаптируются дети: Биопсихосоциальная модель	432
Вмешательство	434
ИТОГИ РАЗДЕЛА	438
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	438
ГЛАВА 13	
РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ	
И РОДСТВЕННЫЕ	
ЗАБОЛЕВАНИЯ	440
КАК ФОРМИРУЮТСЯ	
ПАТТЕРНЫ ПИТАНИЯ	441
Нормальное развитие	441
Факторы риска в процессе развития	442
Биологические регуляторы	445
ИТОГИ РАЗДЕЛА	446
РАССТРОЙСТВА АППЕТИТА	
И ПИТАНИЯ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ	
И РАННЕМ ДЕТСТВЕ	446
Извращенный аппетит	446
Расстройство аппетита в младенчестве или раннем детстве	448
Задержка развития	448
ИТОГИ РАЗДЕЛА	449
ОЖИРЕНИЕ	449
Распространенность и развитие	450
ИТОГИ РАЗДЕЛА	453
РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ В ЮНОСТИ	453
Нервная анорексия	454
Нервная булимия	456
Распространенность и развитие анорексии и булимии	459
Причины	461
Лечение	467
ИТОГИ РАЗДЕЛА	470
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	470
ГЛАВА 14	
ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ	
С ДЕТЬМИ И ОТСУТСТВИЕ	
РОДИТЕЛЬСКОЙ ЗАБОТЫ	440
ИСТОРИЧЕСКИЙ	
И СЕМЕЙНЫЙ КОНТЕКСТ	475
Благоприятная атмосфера в семье	476
Проявление заботы о ребенке	477
ИТОГИ РАЗДЕЛА	478
ТИПЫ НАСИЛИЯ	478
Физическое насилие	479
Отсутствие родительской заботы	479
Сексуальное насилие	481
Эмоциональное насилие	481
ИТОГИ РАЗДЕЛА	482
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЛУЧАЕВ	
ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ	
С ДЕТЬМИ. ОБЩАЯ СИТУАЦИЯ	482
СТАТИСТИКА СЛУЧАЕВ ЖЕСТОКОГО	
ОБРАЩЕНИЯ	
С ДЕТЬМИ В СЕВЕРНОЙ АМЕРИКЕ	483
Характеристики детей, ставших жертвами жестокое обращения	484
Характеристики семьи и преступника	484
Кросс-культурные сравнения	485
ИТОГИ РАЗДЕЛА	485
ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ	485
Нарушение адаптации	486

Последствия нарушений развития	487
Психопатология и последствия, возникающие в зрелом возрасте	490
ИТОГИ РАЗДЕЛА	494
ПРИЧИНЫ	495
Физическое насилие и отсутствие родительской заботы	495
Сексуальное насилие	499
Социальные и культурные факторы	500
ИТОГИ РАЗДЕЛА	503
ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ СЛУЧАЕВ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ НАСИЛИЮ	503
Физическое насилие и отсутствие родительской заботы	504
Сексуальное насилие	506
ИТОГИ РАЗДЕЛА	507
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ	507
ЭПИЛОГ	508
ЛИТЕРАТУРА	509

ПРЕДИСЛОВИЕ

Писать второе издание учебника — одно удовольствие (по сравнению с первым!). Мы вполне довольны теплым приемом, оказанным первому изданию за короткое время, что прошло с момента его выхода. В то же время мы учли реакцию преподавателей и студентов, посоветовавших нам делать «чуть меньше примечаний», дабы поддерживать интерес студентов на должном уровне. Таким образом, мы использовали подсказанную возможность, чтобы сделать текст более коротким и концентрированным, не жертвуя при этом его академическими стандартами.

Мы полностью обновили второе издание, включив в него важные новые материалы, например, последние данные о причинах, подвидах, сопутствующих патологических процессах, путях развития, половых особенностях, этнической принадлежности и раннем вмешательстве. В то же время текст сохраняет те отличительные особенности, которые делают его одним из наиболее удачных учебников по курсу детской психопатологии, детской патопсихологии и поведенческих расстройств, свойственных детям. Мы имеем в виду интересные, написанные от первого лица сообщения и истории болезней, присутствие которых устанавливает прочные связи между ключевыми темами и личным опытом исследуемых детей и их семей.

УСПЕХИ ДЕТСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

За последнее десятилетие удалось добиться значительного прогресса в решении вопросов, относящихся к детской патопсихологии. Сегодня мы можем гораздо успешней отличать одни расстройства от других, что облегчает распознавание плохо понимаемых или не выявлявшихся ранее проблем, таких как расстройства научения, депрессия, подростковый суицид, расстройства, связанные с питанием, расстройства поведения, расстройства, вызванные хроническими заболеваниями, жестоким обращением и безразличием со стороны родителей, и многие другие нарушения. Кроме того, теперь нам больше известно о том, чем психологические расстройства у детей и подростков отличаются от расстройств у взрослых, и о том, насколько важно подходить к ним с точки зрения процессов развития.

За относительно короткое время детская патопсихология вышла далеко за рамки исследований отдельных детей и семей, рассматривая социальные и культурные влияния в комплексном, учитывающем развитие, ключе. Те из психологов, кто работает в этой сфере, теперь больше знают о многочисленных трудностях, с которыми сталкиваются дети с психическими расстройствами и их семьи, а также о требованиях, которые они вправе предъявить к организациям, связанным с психическим здоровьем, к об-

разовательным учреждениям, медицине и правосудию, занимающимся делами несовершеннолетних.

ВНИМАНИЕ К РЕБЕНКУ, А НЕ ТОЛЬКО К РАССТРОЙСТВАМ

Мы полагаем, что один из лучших способов познакомить учащихся с конкретной детской или юношеской проблемой — описать реального ребенка. Клинические описания, поданные в доступной, занимательной форме, помогают учащимся понять проблему ребенка в контексте теоретического материала и обеспечивают основу для всестороннего изучения характера расстройства. Мы описываем в каждой главе случаи детских расстройств, взятые из наших клинических архивов и архивов наших коллег. Затем мы ссылаемся на эти случаи, когда описываем течение расстройства, что дает учащемуся полное представление о ребенке в контексте его семьи, сверстников и социума.

В дополнение к клиническому материалу по отдельным случаям мы используем во всех главах выдержки, цитаты и фотографии, с тем чтобы учащиеся лучше представляли себе реальные трудности, стоящие перед детьми с психологическими расстройствами и их семьями. Рассказы очевидцев и описания конкретных ситуаций позволяют читателю глубже понять повседневную жизнь таких детей и дадут более реалистичное изображение их достоинств и недостатков.

ВСЕСТОРОННИЙ И КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД

Чтобы отразить расширение рамок данной области, причины и последствия различных детских расстройств объясняются с комплексных позиций, которые учитывают биологические, психологические, социальные влияния и их взаимозависимость. Эта стратегия была дополнена рассмотрением процессов развития, которые определяют проявление каждого расстройства. Изучение расширенных семейных, культурных и социальных условий, влияющих на развитие, также важно для понимания детских расстройств и является ключевой особенностью этого текста.

При описании расстройств мы используем как категориальный, так и параметрический подходы, ибо каждый метод обеспечивает уникальные и важные определения и точки зрения. Каждая тема описывается с использованием критериев Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-IV), сопровождаемых клиническими описаниями, примерами и полученными эмпирическим путем параметрами. Клинические особенности каждого расстройства описаны в форме, которая позволяет учащимся получить чет-

кое представление о базовых параметрах и проявлениях расстройства на протяжении всей человеческой жизни. Поскольку дети, которым оказывается психологическая помощь, часто демонстрируют симптомы, накладывающиеся друг на друга и попадающие более чем в одну диагностическую категорию, в каждой главе обсуждаются сопутствующие патологические процессы и нормы развития, которые помогают принимать диагностические решения.

ПУТИ РАЗВИТИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ РАССТРОЙСТВ В ЗРЕЛОСТИ

Чтобы материал был более целостным, мы рассматриваем каждое расстройство очень подробно. Поэтому диагностические критерии сопровождаются дополнительными сведениями о возможностях индивида и условиях среды, влияющих на ход развития. Кроме того, развитие каждого расстройства прослеживается через юность в период зрелости, при этом возникают вопросы, относящиеся как к молодым, так и к пожилым людям, а также выявляются риск и защитные факторы, влияющие на путь развития расстройства в разные возрастные периоды. С возрастной точки зрения, мы изучаем непрерывность и дискретность развития и пытаемся понять, почему некоторые дети продолжают испытывать трудности, взрослея, тогда как другие преодолевают их.

ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ И РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯМИ

Отличительной особенностью этого учебника является более широкий спектр рассматриваемых проблем и акцент на ряде новых и важных областей детской патопсихологии, которые нелегко согласовать с моделью, основанной на недостатках, или изучить с помощью категориального подхода. Эти проблемы иногда называют расстройствами, обусловленными отношениями, так как они иллюстрируют транзактивный характер поведения детей в контексте значимых отношений. Наряду с признанием важности биологических предпосылок в характере развития и поведения, мы обсуждаем тесную связь между паттернами детского поведения и доступностью среды, пригодной для воспитания ребенка. Учащимся представлена возможность увидеть, как проявленные детьми симптомы играют адаптивную роль в конкретных условиях или в отношениях с опекуном, отличающихся нетипичностью или жестокостью, и как традиционные диагностические ярлыки в такой ситуации могут оказаться бесполезными.

СОЧЕТАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Лечебный и профилактический подходы являются составными частями понимания конкретного расстройства. Использование знаний о клинических особенностях и ходе развития детских расстройств с целью помочь детям и их семьям всегда воодушевляет учащихся и помогает им лучше усвоить материал. Поэтому мы акцентируем внимание на современных подходах к лечению и профилактике в каждой главе, где подобная информация может быть использована в отношении конкретной детской проблемы. В согласии с современными требованиями системы здравоохранения к лечебным методикам, мы делаем акцент на вмешательствах, имеющих определенные эмпирические подтверждения.

ОПТИМАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ МАТЕРИАЛА

Учебник организован в виде логической, состоящей из пяти частей структуры, облегчающей понимание расстройств и овладение материалом в целом. С содержанием можно знакомиться в любом порядке, который соответствует целям и предпочтениям преподавателя:

- I) Понимание детской патопсихологии (определение, теории, клиническое описание, исследования, вопросы оценки и лечения);
- II) Поведенческие расстройства (гиперкинетическое расстройство, или ADHD, и иные поведенческие расстройства,);
- III) Эмоциональные расстройства (тревожные и расстройства настроения);
- IV) Расстройства развития и научения (задержка психического развития, аутизм, начинающаяся в детстве шизофрения, расстройства коммуникации и научения);
- V) Проблемы, связанные с физическим и психическим здоровьем (расстройства, связанные со здоровьем, с приемом пищи, жестокое обращение с детьми и родительское безразличие).

УДОБНЫЕ ДЛЯ ЧИТАТЕЛЯ ГЛАВЫ

В текст внесено несколько существенных улучшений. Главы организованы в последовательности, позволяющей преподавателям сократить число изучаемых внутри каждой главы разделов (например, обратить внимание лишь на биологические причины), исключив разделы, не соответствующие уровню студентов, или исключить отдельные подтемы в главе

(например, начинающаяся в детстве шизофрения или биполярное расстройство). Обновленные ссылки на оригинальное исследование указывают на *дополнительный материал для чтения* преподавателям, желающим более детально представлять себе результаты исследований.

Мы идентифицируем дополнительную, но менее важную информацию, которая расширяет каждую тему, в рубрике «*Крупным планом*». Таким образом, студенты легко смогут определить, что такой материал содержит информацию, дополняющую основное содержание главы.

Основательно пересмотрены структура и организация глав: *ключевые термины* выделены там, где они появляются в тексте; *жирные точки* указывают студентам на ключевые понятия; а *содержание* в начале каждой главы и *резюме* в конце каждого раздела помогают учащимся связать воедино все полученные сведения.

Критерии DSM-IV были сокращены до наиболее существенных элементов.

Конструкция и объем текста полностью структурированы для студента и удобны в пользовании, однако в жертву комфорту не приносятся академические стандарты содержания и освещения материала.

Ключевые термины, вводимые в каждой главе, перечисляются в конце главы и комментируются в глоссарии.

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ

Изменения и дополнения основного содержания в этом издании включают в себя:

- наиболее свежую информацию, касающуюся распространенности, возраста начала и гендерного распределения по отношению к каждому расстройству;
- текущие данные по надежности и валидности диагностических критериев DSM для специфических расстройств и их совокупностей;
- наиболее свежие теории путей развития различных расстройств, например, информация о предвестниках детских расстройств, связанных с приемом пищи;
- комплексные схемы развития синдрома дефицита внимания (ADHD), тревожных расстройств и депрессии;
- исследования по важным гендерным отличиям в проявлении и причинах расстройств у детей, таких как синдром дефицита внимания (ADHD), проблемы поведения, тревожные расстройства и депрессия;
- новые генетические открытия, касающиеся аутизма, ADHD и расстройств научения и коммуникации;
- данные, полученные в нейрооптических исследованиях, раскрывающие нейробиологические причины расстройств;

- новая информация о семейных факторах в экстерналильных и интерналильных расстройствах и в нарушениях развития;
- новые данные о подвидах расстройств, таких как ADHD и расстройства поведения;
- последние данные по развитию психопатии у детей;
- последние данные по паттернам правильного и неправильного использования психостимуляторов при ADHD;
- новые данные по новаторским программам раннего вмешательства и профилактики, таким как «Быстрый путь» («Fast Track») и Исследование мультимодального лечения детей с ADHD;
- исследования результатов лечения анорексии и булимии;
- межкультурные данные по жестокому обращению с детьми, включая американскую и недавно обнародованную канадскую статистику.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Одним из наиболее приятных аспектов этого проекта была готовность многих людей поделиться своими знаниями и опытом. С большим удовольствием и признательностью мы хотим назвать тех, кто так или иначе помог нам, заявляя при этом, что за все недостатки этой книги несут ответственность только авторы.

Алисон и Меган Виингз из Калгари, мать и дочь, составившие творческую и талантливую команду, внесли огромный вклад в каждую фазу этого проекта. Мы выражаем им особую благодарность за преданность общему делу. Дейна Ли-Бэггли обеспечила «доставку» бесценных для нас откликов и мнений студентов, а Кристи Брайсленд и Эрин Питт оказали большую помощь в поиске материала. Анна-Ли Стратман из Лондона заслуживает огромной похвалы за умелые действия в поиске необходимого материала, какими бы тщетными они иногда не оказывались. Работая над собственными докторскими исследованиями, Кати Хилдьярд сочла возможным дать советы и в отношении ясности содержания.

Сузан Грэм обеспечила обратную связь с читателями по материалу многих глав, а также техническую помощь и постоянную поддержку на протяжении всей работы. Такая же помощь по сбору откликов на первое издание и рекомендации по отдельным главам были получены нами от других высоко ценимых коллег, включая Салли Дьюринг, Шарон Фостер, Грега Фоутса, Шарлотт Джонстон и Джона Вайса. Мы также благодарны коллегам, которые великодушно предоставили нам материалы по отдельным случаям и прочим интересовавшим нас вопросам — это Томас Ахенбах, Анн Мари Альбано, Рассел Баркли, Дэвид Дозуа, Алан Каздин, Филип Кендалл, Дейвид Колко, Ивар Ловаас, Маргарет Мак-Ким, Роберт Мак-Махон, Дуглас Мердок, Дже-

ралд Паттерсон, Джон Пирс, Уильям Пелхем, Джон Пьячентини, Фил и Рейчел Пррут, Джерри Саттлер, Дейвид Шаффер и Розмари Тэннок. Мы адресуем нашу особую благодарность и многим студентам из нашего и других университетов, которые оказали неоценимую помощь в подготовке этого издания.

Подготовка учебника предполагает участие множества закулисных персонажей, которые заслуживают особой благодарности. Мэрианн Тэфлинджер, главный редактор издательства *Wadsworth*, была источником творческих идей, ценной помощи и благожелательного контроля от начала и до конца работы. Преданные и талантливые сотрудники *Wadsworth*, включая Саманту Кабалуна, Стейси Грин, Меган Хансен, Марка Линсенмана, Мэри Энн Шахиди, Пенологу Скайб Дженнифер Уилкинсон, а также нашего ответственного редактора Хелен Уолден, заслуживают нашей благодарности и признательности, поскольку именно они помогли нам создать учебник самого высокого качества.

Напоследок мы хотим выразить не меньшую благодарность нашим семьям, чья неослабевающая поддержка и терпеливое отношение к трудностям и волнениям, с которыми связаны подобные проекты, были крайне важными и исключительно весомыми. Готовя этот учебник, мы были вынуждены проводить много времени вне дома, и благодарны нашим близким за поддержку и воодушевление. Эрик Мэш благодарит свою жену и верную подругу на протяжении 30 лет за терпение, проявленное ею в течение того времени, которое подобный проект отнимает у семейной жизни, и за ее мудрые советы по многим вопросам, связанным с книгой. Дейвид Вулф благодарит троих детей (Эми, Энн и Алекса) и жену (Барбару Легат), которые были невероятным источником информации, вдохновения и юмора (каждый по-своему!).

РЕЦЕНЗЕНТЫ

Важной частью работы над этим учебником было взаимодействие с преподавателями и экспертами. Мы хотим поблагодарить нескольких преданных делу рецензентов и ученых, прочитавших большую часть глав этой книги и давших нам подробные комментарии и рекомендации, которые очень помогли придать рукописи ее окончательный вид:

Рецензенты второго издания:

Роберт Эмери, Университет Вирджинии
 Вирджиния Э. Фи, Университет штата Миссисипи
 Йо Джексон, Университет Канзаса
 Нарина Нунес, Университет Вайоминга
 Доналд Т. Сапоснек, Калифорнийский университет, Санта-Круз
 Дана Шнайдер, Университет штата в Сономе
 Эрик А. Янгстром, Университет западного резервного района
 Кэрол К. Уейлен, Калифорнийский университет, Ирвайн

Студенты, рецензенты второго издания:

Габриела Беас
 Мария Браун
 Сара Кэрриер
 Джина Костанса
 Джера-Лайн Делфин
 Джульена Донован
 Брианн Дьюроз
 Шелли Гиллан
 Рошель Хернандес
 Кери Кеннеди
 Дорис Лэн
 Мэгги Ло
 Кристин Мак-Афи-Уорд
 Дейзи Мунос
 Шират Негев
 Кристи Пиментел
 Вероника Роч
 Сандра Ронквилло
 Беки Шрипсема
 Дианалин Страттон
 Лойен Ябут
 Мелисса Зарадник

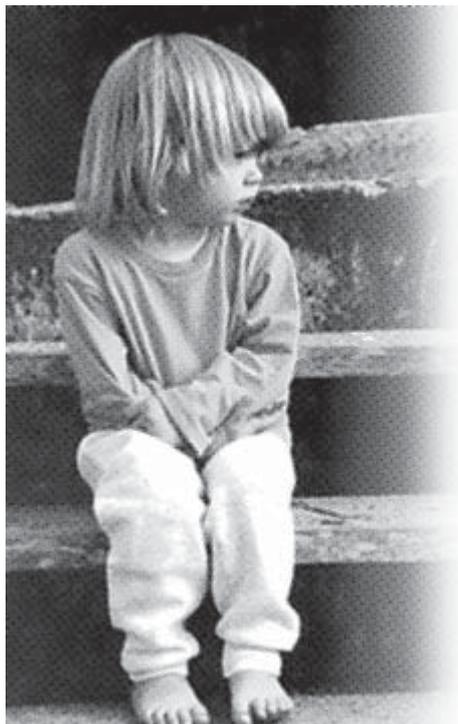
Мы выражаем особую благодарность Нэнси Элдред из Университета штата в Сан-Хосе за предварительную проверку второго издания в работе с ее студентами. Комментарии были весьма полезны тем, что сориентировали это издание в большей степени на студенческую аудиторию, и мы признательны Нэнси за ее добровольные усилия!

Рецензенты первого издания

Дебора Белл-Долан, Университет Миссури, г. Колумбия
 Джун Мэдсен Клозен, Университет Сан-Франциско
 Ричард Клементса, Индианский университет, северо-западное отделение
 Нэнси Элдред, Университет штата в Сан-Хосе
 Гэри Харпер, Университет Де Пола
 Кристофер Керни, Университет Невады, Лас-Вегас
 Джанет Кистнер, Университет штата Флорида
 Марвин Камлер, Университет штата в Боулинг-Грин
 Пэтрик Мак-Грат, Университет Далхаузи
 Кей Мак-Интайр, Университет Миссури, Сент-Луис
 Роберт Мак-Махон, Вашингтонский университет
 Ричард Милик, Университет Кентукки
 Мартин Мерфи, Университет Акрона
 Майкл Робертс, Университет Канзаса
 Майкл Вейси, Университет штата Огайо

Глава 1

ВВЕДЕНИЕ



Когда я был 14-летним мальчишкой, то считал своего отца настолько невежественным, что едва мог выносить присутствие старика. Но когда мне исполнился 21 год, я изумился тому, как многому он научился за семь лет.

Марк Твен (1895–1910)

Спустя века молчания, непонимания и откровенно враждебного отношения проблемы и потребности психического здоровья детей устаиваются все большего внимания, возникшего вместе с беспокойством о благополучии детей, которое в последнее время проявляет общество. К счастью, сегодня все больше людей, подобно нашим читателям, заинтересованы в понимании потребностей детей и подростков и адекватном реагировании на них. Возможно, рассмотрев проблемы психического здоровья детей более подробно, вы уже начали понимать, что проблемы эти отличаются во многих отношениях от подобных проблем у взрослых. Может быть, вы мечтаете о карьере в сфере преподавания, консультирования, медицины, права, реабилитации или психологии — каждая из этих дисциплин опирается в определенной степени на знание особых потребностей детей, помогающее выделять основные направления деятельности и осуществлять практические действия в каждой из названных областей. Какими бы ни были ваши мотивы, нам приятно представить захватывающую область исследований, которая, как мы надеемся, даст возможность познакомиться с понятиями и вопросами, которые окажут на вас серьезное влияние. Вопросы, касающиеся психического здоровья детей, имеют прямое отношение ко многим из нас в связи с нынешними и будущими профессиональными, общественными и родительскими ролями.

Давайте начнем с рассмотрения проблем Джорджины, которые поднимают несколько фундаментальных вопросов, способствующих обретению современных взглядов на психические расстройства у детей. Задайте себе вопрос: выглядит ли поведение Джорджины патологическим или же аспекты ее поведения нормальны при определенных обстоятельствах?

Джорджина: Успокаивающий подсчет

Когда Джорджине было 10 лет, проявление странных симптомов стало столь очевидным, что у ее матери возникла необходимость как можно скорее понять, что происходит. Поведение девочки впервые стало вызывать беспокойство примерно два года назад, когда она заговорила о том, что с ней и ее семьей должно случиться какое-то несчастье. Ее мама вспомнила, как в третьем классе Джорджина возвращалась домой и жаловалась, что «ей нужно закончить одну вещь, но она, видимо, не сумеет» или что «она знает, что обязательно забудет что-нибудь, поэтому должна постоянно об этом думать». Мать поведала нам о своей растерянности и тревоге: «Я помню, как уже в пятилетнем возрасте Джорджина дотрагивалась до вещей и расставляла их определенным образом, например, чистила зубы в определенной последовательности или перекладывала тетрадки в ранце по несколько минут. Иногда я замечала, что она снова и снова возвращается в комнату, и ей, по-видимому, нужно было проверить что-то и разложить вещи по-

своему, прежде чем она уйдет». Когда мать Джорджины рассказала об этом семейному врачу, то услышала в ответ: «Вероятно, у нее сейчас такой период, это вроде детского стишка: «будешь скрипеть половицами, у мамы треснет поясница». Не обращайтесь внимания, и это прекратится».

Но это не прекратилось. Джорджина придумала еще более сложные ритуалы, связанные с подсчетом слов и объектов, обычно группами по четыре. Она сказала маме, что ей нужно пересчитать вещи и группировать их определенным образом и что только она знает, как это нужно делать. Когда Джорджина пришла ко мне на прием, она сказала, что когда ей что-то говорят или когда она читает, то должна считать слова, группируя их по четыре, а затем составлять из этих групп все большие и большие группы из четырех составляющих. Она взглянула на груду журналов в моем кабинете и на книги на полке и совершенно серьезно объяснила, что считает и группирует эти предметы, пока мы разговариваем! Джорджина постоянно боялась забыть какой-то фрагмент исчислений или какие-то объекты или быть прерванной, так как ей казалось, что если она не сможет завершить подсчет, с ее родителями или с ней произойдет какая-то ужасная трагедия. Хуже всего бывает по вечерам, объяснила она, поскольку нельзя засыпать, пока счет не закончен, а на это может уйти много времени (обычно несколько часов, как пояснила ее мать). Нетрудно догадаться, что дневные ритуалы подсчета отрицательно сказались на успеваемости девочки и ее отношениях с друзьями. Мама показала мне ее табель: успеваемость Джорджины по нескольким предметам снизилась с вполне высокой до почти неудовлетворительной (адаптировано из Piacentini & Graae, 1997).

Как бы вы охарактеризовали проблему Джорджины? Можно ли сказать, что это эмоциональная про-



Странный ритуал подсчета был у Джорджины симптомом обсессивно-компульсивного расстройства.

блема? Проблема обучения? Какое-то нарушение в развитии? Не мог ли вызывать эти странные ритуалы какой-то фактор в ее окружении или же, вероятнее, что она реагирует на какие-то внутренние процессы, которые нам не известны? Будет ли она и дальше вести себя подобным образом, и если да, то чем мы можем ей помочь?

Когда родители обращаются за помощью или советом, они часто задают вопросы о поведении ребенка, аналогичные этим, и, разумеется, хотят знать, каков может быть дальнейший ход событий и выход из сложившейся ситуации. Кроме того, эти вопросы дают представление о направлениях исследований в области детской психопатологии: определение составляющих нормального и патологического поведения у детей разного возраста и пола; идентификация причин и коррелятов патологического поведения детей; составление долговременных прогнозов в случае различных детских проблем; разработка и оценка методов лечения и/или профилактики патологического поведения детей.

Выбор способа описания отклонений, проявляющихся у детей, и вреда, который подобные отклонения могут нанести, часто является первым шагом к пониманию характера проблем ребенка. Как мы увидим в главе 7 («Тревожные расстройства»), поведение Джорджины удовлетворяет диагностическим критериям обсессивно-компульсивного расстройства. Диагностические характеристики, правда, далеко не совершенные, говорят очень многое о характере ее расстройства, о том, как оно может протекать в дальнейшем и какие методы лечения могут оказаться эффективными.

Трудности Джорджины служат иллюстрацией для описания важных особенностей, отличающих большинство детских и подростковых расстройств:

- *Когда просят помочь детям, часто бывает неясно, кому на самом деле нужно помочь.* Дети обычно попадают в поле зрения специалистов вследствие беспокойства взрослых — родителей, педиатров, учителей или школьных учителей, — и сами дети могут не иметь возможности выбора в подобной ситуации. Это имеет важное значение для понимания того, как выявляются проблемы детей и как мы на них реагируем. Сами дети не обращаются за помощью.

- *Часто трудности детей и подростков связаны с несоответствием их развития ожиданиям взрослых.* Нарушение может быть временным, как это бывает в большинстве случаев ночного недержания мочи, но может являться и первым признаком более серьезных проблем, ожидающих ребенка в будущем, как это и произошло в случае Джорджины. Для определения статуса каждого конкретного случая требуются знания в области как нормального, так и патологического развития (Achenbach, 1995).

- *Многие виды проблемного поведения, демонстрируемые детьми и подростками, не являются, в сущности, патологическими; в определенной степени они свойственны большинству детей и подростков.* Например, нет ничего необычного в периодических переживаниях по поводу собственной забывчи-

вости или «потери» мысли; однако ощущения Джорджины заметно отличаются от этих нормальных тревог. Таким образом, чтобы решить, что следует предпринять, необходимо быть компетентным в области известных психических расстройств и причиняющего беспокойство проблемного поведения.

- *Вмешательства в случае детей и подростков часто нацелены на то, чтобы обеспечить дальнейшее развитие, а не просто восстановить прежний уровень функционирования психики.* В отличие от большинства расстройств, свойственных взрослым, в случае многих детских проблем целью становится развитие способностей и навыков, а не только устранение дистресса.

Прежде чем мы обратимся к сегодняшним определениям патологического поведения детей и подростков, имеет смысл отметить, что интерес, который в последнее время возник к проблемам детей и подростков, и деятельное внимание общества вызвали заметное улучшение психологического климата, окружающего детей, и их психического здоровья, несмотря на то, что в этой области предстоит сделать еще очень многое. Многим детям, а особенно нуждавшимся в особом отношении и воспитании, приходилось очень тяжело в иных социальных условиях: они были вынуждены трудиться в угольных шахтах, участвовать в тяжелых сельскохозяйственных работах или и вовсе нищенствовать. Беспокойство о потребностях, правах и воспитании детей требует от общества чуткости и информированности, которых до XX в. в явной, устойчивой форме просто не существовало (Aries, 1962). Приступая к чтению исторического обзора, обратите внимание на то, как сильно повлияли на относительно молодую детскую психологию философские и социальные изменения во «взрослом» взгляде на детей и в отношении к ним (Borstelmann, 1983; French, 1977).

ИСТОРИЯ ВОПРОСА И НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ

Это были периоды горячки и меланхолии; не помню, чтобы я хоть раз поднял голову и посмотрел на луну или другое небесное тело. Я смотрел вниз на освещенные фонарями широкие улицы и туда, где деревья в саду согласно шелестели всю ночь в непроницаемой тьме; однако картины внешнего мира освежали и ободряли меня; и вся печаль и тяжесть ночи исчезали с появлением первой из длинной вереницы деревенских повозок, — тех, что в часы утренних сумерек, вместе с ржанием лошадей, шелканьем кнутов, криками кучеров и сотней других целительных звуков, скрипели и громыхали, проезжая мимо моего окна.

Роберт Льюис Стивенсон, воспоминания о болезни и депрессии детства (адаптировано из Calder, 1980, с. 36).

Способность общества помочь детям нормально развиваться и приобрести необходимые навыки требует не только медицинских, педагогических и психологических ресурсов, но также наличия социальной философии, признающей детей полноправными и полноценными членами общества независимо от прочих социальных установок. Хотя сегодня такой взгляд на детей может казаться очевидным, подобное отношение к детям было нехарактерно для большинства общественных структур. Из древних письменных источников нам известно, что в древнегреческом и древнеримском обществах любой человек с физическими или психическими недостатками, будь он ребенок или старик, считался обузой и позором общества, по этой причине его следовало презирать, игнорировать или даже казнить (French, 1977).

Проблемы психического здоровья детей, в отличие от психических расстройств взрослых, до XVIII в. редко даже упоминались как в специальной литературе, так и в других источниках (Barlow & Durand, 1995). Впервые в истории интерес к детской психологии становится заметным к концу XVIII в. Под сильным влиянием церкви необычное или беспокойное поведение детей приписывалось, главным образом, их врожденному необузданному и дерзкому характеру (Kanner, 1962). Фактически, в этот период светским объяснениям сколько-нибудь ненормального поведения детей редко уделялось серьезное внимание, поскольку одержимость дьяволом и прочими силами зла устраивала всех в качестве исчерпывающего объяснения (Rie, 1971). Никто не решался противоречить этому объяснению, понимая, что бунтарь, в свою очередь, может быть объявлен одержимым и подвергнут соответствующему обращению.

Как это ни печально, в XVII и XVIII вв. $\frac{2}{3}$ младенцев умирали, не дожив до 5 лет. Часто они гибли из-за отсутствия антибиотиков или других препаратов, способных победить смертельные для тех времен болезни (Zelizer, 1985). К тому же зачастую приветствовалось суровое или безразличное отношение к собственным детям. Деяния, начинавшиеся с полного родительского безразличия и отсутствия должной заботы и заканчивавшиеся физическим и сексуальным насилием над детьми, просто не замечались или рассматривались как право взрослых на воспитание и наказание ребенка (Radbill, 1968). Точке зрения, состоявшей в том, что дети являются собственностью и объектом ответственности исключительно родителей, и присутствовавшей в общественном сознании на протяжении многих веков, не бросило вызов ни одно движение протеста — никто не добивался более гуманного отношения к детям, несомненно страдавшим от неадекватного воспитания. К примеру, прерогатива родителя добиваться повиновения ребенка была узаконена принятым в Массачусетсе Актом об упрямых детях от 1654 г., который разрешал родителю предавать «упрямого» ребенка смерти за непослушание (к счастью, никто не подвергся этой крайней мере наказания) и вплоть до середины

1800-х гг. позволял держать в клетках и подвалах детей с серьезными нарушениями в развитии (Donohue, Hersen & Ammerman, 2000).

Пробуждение общественного сознания

Если нация предоставляет детям и молодежи возможность развивать свои способности в максимальной степени, если им даются знания, позволяющие понять мир и мудрость, чтобы они могли его изменять, тогда перспективы такого общества отрадны. Напротив, общество, которое не заботится о детях, как бы хорошо оно ни действовало в других областях, рискует в итоге расстаться и погибнуть.

Urie Bronfenbrenner, 1977

К счастью, на протяжении XIX в. положение детей и подростков постепенно улучшалось, а к концу XX в. мы наблюдаем стремительный прогресс в деле защиты прав детей. Но до изменений в законах и установках, появившихся в самое последнее время, дети (а также женщины, представители различных меньшинств и люди со специфическими потребностями) часто были последними, кто пользовался благами процветающего общества, и в то же время становились первыми жертвами его недостатков. Имея возможность оглянуться назад, мы знаем, что появление гуманистической философии необходимо для свершения каких-то реальных перемен в признании и удовлетворении неординарных потребностей членов общества. Кроме пропаганды гуманистических взглядов каждое общество должно развивать способы и средства признания и защиты прав личности, особенно детей, в самом широком смысле слова «права» (U.N. Convention on the Rights of Children, 1989). Исторический взгляд на некоторые из этих значительных аспектов закладывает важную основу для понимания сегодняшних подходов к вопросам психического здоровья детей.

Зачатки подобных необходимых предпосылок в общественном сознании впервые появились в XVII в., когда в западном обществе начали укореняться гуманистическая философия и институты социальной защиты. Одним из инициаторов этих перемен был Джон Локк (1632–1704), знаменитый английский философ и врач, который способствовал зарождению нынешних установок и практики ухода за новорожденными и воспитания детей. Локк был сторонником предоставления прав личности и выразил новое по тем временам мнение, заключавшееся в том, что детей следует воспитывать, проявляя разум и заботу, вместо безразличия и сурового обращения. Он видел в детях не тиранов, а эмоционально сенситивных существ, к которым следует относиться с добротой и пониманием и которым следует предоставлять надлежащие образовательные возможности (Illick, 1974). По его словам, «защититься от мира можно, только зная его исчерпывающим образом».

Затем, на рубеже XIX в., Жаном-Марком Итаром была предпринята одна из первых зафиксиро-

Виктор, часто называемый «диким мальчиком из Авейрона», был обнаружен охотниками в возрасте 11 или 12 лет, и, вероятно, он прожил все это время в лесу. Жан-Марк Итар, в то время молодой врач, полагал, что у мальчика «задержка психического развития» из-за социальной неадаптированности и необученности, и решил выяснить, можно ли устранить подобную отсталость. Виктор, который сначала не издавал ни звука, передвигался на четырех конечностях, пил воду лежа на полу, кусался и царапался — стал объектом всеобщего внимания, когда пошли слухи, что он был воспитан зверями. Он был неопрятен, не мог ни на чем сосредоточиться и не реагировал даже на сильную жару и холод. Несмотря на внешний вид и поведение ребенка, Итар верил, что определенное влияние извне могло его очеловечить. Рассказ Итара о его работе повествует об оптимизме и разочаровании, гневе, надежде и отчаянии, которые ему пришлось испытать в процессе общения с этим необычным ребенком. Подобные переживания знакомы тем из нас, кто принимал на себя сколько-нибудь схожие обязанности.

Итар использовал множество методов, чтобы помочь Виктору осознать свой сенсорный опыт: горячие ванны, массаж, щекотку, эмоциональное возбуждение, даже разряды электрического тока. После 5 лет обучения, проведенного Итаром, Виктор научился идентифицировать объекты, различать буквы алфавита, понимать многие слова и правильно называть объекты и их части. Виктор также выказал предпочтение социальной жизни перед изоляцией в дикой природе. Несмотря на все эти достижения, Итар решил, что его усилия не увенчались успехом, поскольку ему так и не удалось достичь поставленной цели: социализировать мальчика, превратив его в нормального человека. Тем не менее случай Виктора явился вехой в деле оказания помощи детям с особыми потребностями. Впервые в истории науки взрослый человек попытался по-настоящему понять — почувствовать и узнать — мысли и эмоции нестандартного ребенка, и доказал, что ребенок с серьезными нарушениями может прогрессировать благодаря соответствующему обучению. Это глубокое проникновение в потребности и чувства ребенка и по сей день остается ключевым аспектом оказания помощи «трудным» детям.

Источник: Kanner, 1964.



ванных попыток работать с «особым» ребенком. Виктор, который жил в лесу под Парижем, не был отправлен в психиатрическую больницу, поскольку был взят под опеку Итаром с целью устранения серьезного отставания в развитии (см. врезку 1.1 «Крупным планом»). Символично, что эти усилия возвестили о начале новой эры, знаменовавшей ориентацию на оказание помощи подобным детям, основу которой сначала составляли забота, лечение и обучение тех, кого тогда называли «психически ущербными».

Психическое расстройство и задержка психического развития

Когда во второй половине XIX в. влияние Локка и других деятелей способствовало расширению практики всеобщего образования в Европе и Северной Америке, дети, которые не могли справиться с требованиями школы, стали заметной и вызывающей беспокойство группой. Эта ситуация привела к важному и базовому разграничению лиц с психической неполноценностью («слабоумных») и лиц с психическими, или душевными, расстройствами («ду-

шевнобольных»), хотя в то время это разграничение было не слишком четким (Costello & Angold, 1995). В сущности, возникла необходимость определить, на кого ложится ответственность за помощь детям, чье когнитивное развитие кажется нормальным, но, несмотря на это, у них возникают серьезные эмоциональные или поведенческие проблемы. Прежде единственное руководство, которым пользовались при определении различий между детьми с интеллектуальными недостатками и детьми с поведенческими и эмоциональными проблемами, было заимствовано из религиозных представлений о безнравственном поведении: считалось, что дети, обладающие нормальными когнитивными способностями, но доставляющие беспокойства окружающим, страдают нравственным безумием, предполагающим какое-то нарушение личности или характера (Pritchard, 1837). Бенджамин Раш (1745?–1813), пионер в области психиатрии, заявил, что дети не подвержены настоящему безумию, наблюдающемуся у взрослых, поскольку незрелость развивающегося мозга предохраняет их от психических процессов, вызывающих безумие (Rie, 1971). В результате термин «нравственное безумие» стали все реже использовать для

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 1.2 Безумие на почве мастурбации

Сегодня большинство родителей и бровью не поведут, обнаружив, что их ребенок занимается какой-либо из форм самостимуляции — она считается нормальным способом познания себя и получения приятных ощущений. Однако подобная терпимость не всегда имела место. Фактически, детская мастурбация имеет историческое значение, поскольку она была первым «расстройством», приписанным исключительно детям и подросткам (Rie, 1971). Сто лет назад так называемое безумие на почве мастурбации считалось формой психического заболевания, обусловленного исключительно индивидуальными отклонениями, и, соответственно, рассматривалось как очень опасная проблема (Cattell, 1938; Rees, 1939; Rie, 1971; Szasz, 1970).

Неприятие обществом мастурбации коренится в религиозных взглядах, которые к XVIII в. были подкреплены растущим влиянием науки (Rie, 1971; Szasz, 1970). Нравственные убеждения, касающиеся порочности практики мастурбации, привели к физиологическому объяснению с неблагоприятным медицинским прогнозом, основанному на псевдонаучных сочинениях, таких как «Онанизм, или Ужасный порок самоосквернения» (ок. 1710 г.) (Szasz, 1970). Медицинский взгляд на мастурбацию был сосредоточен сначала на ее вредных последствиях для физического здоровья, но к середине XIX в. доминирующей стала теория, акцентировавшая внимание на предполагаемых негативных последствиях для психического здоровья и функционирования нервной системы. На удивление быстро мастурбация стала наиболее часто называемой «причиной» психопатологии у детей.

К концу XIX в. интерес к пресловутому безумию на почве мастурбации постепенно спал, но аргументация по-прежнему оставалась в силе, по мере того, как получала признание психоаналитическая теория. В конце концов представление о безумии на почве мастурбации уступило место понятию невроза. Однако должно было пройти много лет, прежде чем ошибочное и иллюзорное представление о связи между мастурбацией и психическими заболеваниями было окончательно отвергнуто в середине XX в. Пусть же этот пример напоминает нам о важности научного скептицизма при подтверждении или опровержении новых теорий и объяснений патологического поведения.

объяснения неинтеллектуальных форм патологического поведения детей.

Появление этого базового разграничения вызвало кратковременный, но значимый прилив оптимизма у специалистов (Achenbach, 1982). В связи с определением двух важных источников влияния стало расти беспокойство по поводу бедственного положения детей с психическими и поведенческими нарушениями. Во-первых, прогресс в общей медицине, физиологии и неврологии привел к тому, что рассмотрение психических расстройств как нравственного безумия было заменено изучением органических заболеваний, которое делало больший упор на гуманные формы лечения. Во-вторых, растущее влияние философии Локка и подобных ей теорий привело к пониманию того, что дети нуждаются в нравственном руководстве и поддержке. Вместе с этими переменами во взглядах стали все чаще возникать разговоры о нравственном обучении и усовершенствовании практики здравоохранения. Эти ранние попытки помочь детям заложили основу для развития взглядов, согласно которым патологическое поведение детей является следствием различных сочетаний биологических, средовых и психологических влияний.

Ранние биологические атрибуции

Успешное лечение инфекционных заболеваний в конце XIX в. укрепило зарождавшийся взгляд на болезни (включая психические), как на биологические проблемы. Однако ранние попытки биологических объяснений поведения с отклонениями и пато-

логического поведения страдали явным перекосом, находя причины в природе конкретного ребенка или взрослого. Окружающие, как правило, не доверяли людям, казавшимся «сумасшедшими» или «одержимыми дьяволом», и презирали их. Представление о безумии на почве мастурбации (см. врезку 1.2 «Крупным планом») является хорошим примером того, как подобное мышление в отсутствие объективных научных данных и без учета распространенности мастурбации может привести к определенному объяснению патологического поведения. Оно также показывает, как преобладающий политический и социальный климат влияет на определение детской психопатологии. Влияние религиозного мышления явно просматривалось в переходе от нравственного осуждения плотских грехов к медицинскому взгляду, согласно которому мастурбация вредит физическому здоровью человека, и к утверждениям психиатров, заключавшихся в том, что сексуальные излишества вызывают безумие.

Полной противоположностью сохранявшимся в конце XIX в. невежеству и невниманию к вопросам, касающимся психических расстройств, стало движение за психическую гигиену, которое ознаменовало изменение взглядов на детей и взрослых с психическими расстройствами. В 1909 г. Клиффорд Бирс, человек, не имевший специальной подготовки и излечившийся от тяжелого психоза, стал инициатором усилий по изменению бедственного положения детей и взрослых, страдающих подобными заболеваниями. Полагая, что психические расстройства являются заболеванием, он критиковал невежество и безразличие общества и ратовал

за профилактику психических болезней путем улучшения ухода за больными и распространения объективной информации (M. Levine & A. Levine, 1992). В результате начали получать распространение методы выявления и вмешательства, основанные на более корректном, однако все еще довольно осторожном и недостаточно компетентном взгляде на больных людей.

К счастью, поскольку эта гипотеза была основана прежде всего на модели биологической болезни, вмешательство ограничивалось случаями наиболее видимых и явных расстройств, таких как психозы или серьезная задержка психического развития. Хотя онтологические объяснения и являлись частью этого раннего взгляда на психопатологию, они оставались достаточно узкими: развитие болезни носит прогрессивный и необратимый характер и связано с развитием ребенка только в том, что оно проявляется по-разному по мере его роста, но не восприимчиво к другим влияниям, таким как лечение или научение. Все, что можно сделать, — это предотвратить наиболее крайние проявления путем сурового наказания и защитить тех, кто здоров.

Как ни печально, но от ранней педагогичной и гуманной модели помощи людям с психическими расстройствами в начале XX в. вернулись к модели содержания под надзором. На смену осторожному оптимизму в области изучения и лечения различных расстройств опять пришли полный пессимизм, враждебность и презрение. В частности, во время последующего периода панической боязни патологий детей и взрослых с психическими отклонениями стали обвинять в преступлениях и социальных бедах (Achenbach, 1982). Вместо того чтобы, следуя призывам Локка, рассматривать знания как форму защиты, общество вернулось к взгляду, согласно которому психические заболевания и задержка психического развития являются болезнями, которые могут распространяться, если их не обуздывать. В течение двух следующих десятилетий подобные «безумия», как правило, предотвращались путем евгеники (стерилизации) и сегрегации (помещения в больницы). Мы вернемся к этим важным вопросам в главе 9 при обсуждении истории взглядов на задержку психического развития.

Ранние психологические атрибуты

Сегодня многие из нас считают само собой разумеющимся то, что для создания концепции детской патопсихологии знания о биологических влияниях должны быть уравновешены знаниями о значимых факторах развития и среды, включая семью, сверстников, школу и другие источники влияния (Mash & Dozois, 1996). Конечно, подобное восприятие проблемы существовало не всегда. К сожалению, основанный на данных медицины взгляд, провозглашавший патологическое поведение — расстройством или болезнью, рождающимся внутри конкретного организма, привел к умалению той важнейшей роли, которую играют окружение, контекст и отношения, а также взаимодействие этих переменных.

Корни изучения психологических влияний уходят в начало XX в., когда внимание было привлечено к важности серьезных психологических расстройств и формулирования таксономии заболеваний. Подобное признание позволило исследователям создать и классифицировать способы идентификации различных проблем детей и взрослых, что имитировало определенное понимание и контроль над ними. В то же время возникло беспокойство, что борьба за признание широкого спектра потребностей психического здоровья детей и взрослых может легко дать обратный эффект и привести к пренебрежению людьми с более тяжелыми расстройствами. Кроме того, эта перемена точки зрения и рост знаний вызвали к жизни развитие диагностических категорий и возникновение расширенных описаний ненормативного поведения в связи с ростом числа уголовных преступлений, а также способствовали появлению процедур более тщательного наблюдения за людьми, идентифицированными как пациенты с ненормативным поведением (Costello & Angold, 1995). Две крупные теории помогли придать форму зарождавшимся учениям о психологических и средовых влияниях: психоанализ и бихевиоризм. Здесь мы ограничимся рассказом об их историческом значении, но в рассмотрении теорий и причин в главе 2 «Теории и причины детской патопсихологии» вы познакомитесь с дополнительным материалом, касающимся современного функционирования этих теорий.

Психоаналитическая теория. В дни Зигмунда Фрейда, на рубеже XX в., многие детские психиатры и психологи были настроены пессимистично в отношении своей способности лечить детские психические расстройства. Методов, помимо содержания под надзором или временного снятия симптомов, не существовало. К чести Фрейда, он был одним из первых, кто отверг подобный пессимизм и указал на новые возможности лечения, открыв источники психических расстройств в раннем детстве (Fonagy & Target, 2000). Хотя Фрейд полагал, что индивидам присущи врожденные влечения и склонности, которые сильно влияют на их развитие, но он же считал, что опыт также играет в психопатологии определяющую роль. Возможно, в первые течение психических расстройств перестали считать необратимым; появилась возможность помочь и детям, и взрослым посредством создания подходящей среды, организации грамотного лечения или совокупности этих методов.

Психоаналитическая теория оказала значительное влияние на совершенствование наших представлений о причинах и лечении психических расстройств. Возможно, наиболее важным для развития детской патопсихологии было то, что Фрейд придал смысл психическому расстройству, связав его с опытом детства (Rilling, 2000). Его радикальная теория включила онтологические понятия в понимание психопатологии в то время, когда официально признанная на тот момент детская психиатрия и психология буквально игнорировали развитие в период раннего детства. Вместо того чтобы связывать патологию с одиночными, специфическими причинами

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 1.3

Маленький Альберт, сильные страхи и секс в рекламе

Большинству из нас известна история о маленьком Альберте и его боязни белых крыс и других белых пушистых объектов благодаря работе Джона Уотсона и его аспирантки и помощницы (а вскоре и жены) Розали Рейнер. Однако знание эпохи и биографии Джона Уотсона помогает посмотреть на его первопроходческие усилия в более широкой исторической перспективе и высвечивает неэтичность исследований, проводившихся в его дни.

Возможно, постоянная увлеченность Уотсона изучением страхов произрастает из его боязни темноты, которую он сам признавал, и которая преследовала его на протяжении всей жизни. У него появился шанс сделать карьеру, как только представилась возможность создать исследовательскую лабораторию с целью изучения развития детей в Университете Джона Хопкинса. Вместо изучения крыс он мог теперь изучать людей, чтобы проверить свои новые теории обусловливания страха. Однако единственным источником поступления испытуемых в его дни были лица, чьи права не были достаточно защищены, например, сироты, психически больные и заключенные. Подобно тому, как раньше Уотсон изучал крыс в клетках, теперь он изучал младенцев.

Очевидно сегодня его метод подбора испытуемых для исследования и экспериментирования сочли бы крайне неэтичным. Чтобы продемонстрировать, как можно обусловить страх у младенца, Уотсон и Рейнер стали добиваться желаемого эффекта у 11-месячного сироты, которого они назвали Альбертом Б. Альберту Б. позволяли прикаснуться к небольшой белой крысе, которая не вызвала у него страха. После этой подготовительной операции каждый раз, когда малыш протягивал руку, чтобы снова прикоснуться к крысе, Уотсон ударял молотком по стальной полосе. После того, как несколько попыток дотронуться до крысы привели к одним и тем же неприятным звукам, «малыш резко подскочил, упал на живот и начал плакать». Процесс повторялся непрерывно, столько раз, сколько было необходимо, чтобы Альберт Б. в итоге не выдержал и разрыдался, отчаянно пытаясь уползти в сторону при виде крысы. Уотсон и Рейнер успешно сформировали у ребенка боязнь крыс. Затем они сформировали у него боязнь кроликов, собак, меховых пальто и — хотите верить, хотите нет — масок Санта Клауса.

К несчастью, Альберт Б. был усыновлен и отдан приемным родителям, прежде чем были предприняты какие-либо попытки разобусловливания. Мальчик был обречен прожить жизнь со странным набором страхов, причину которых он, вероятно, так и не смог понять. Любопытно также отметить, что в дальнейшем Уотсон решил заняться рекламным бизнесом. Случилось это после того, как его выгнали из университета из-за внебрачных отношений с одной из аспиранток. Его подкованность в области бихевиоризма, акцентирующего внимание на прогнозировании и контроле над человеческим поведением, принесла ему небывалый успех на Мэдисон авеню. Вот его собственное объяснение такого феномена: «О чем бы ни шла речь, будучи хорошим натуралистом, вы не должны никогда терять из виду свое подопытное животное — потребителя». Кроме того, мы можем поблагодарить Джона Б. Уотсона за поворот рекламного бизнеса в 1930-х гг., ориентировавший его на создание образов, **эксплуатирующих** сексуальные желания.

Источник: Karier, 1986.

(характерная черта модной в то время модели лечения), психоаналитическая теория подчеркивала, что личность и состояние психического здоровья имеют множество причин, и что итоговые результаты лечения зависят в большой степени от взаимодействия процессов развития и ситуативных факторов, которые изменяются в течение человеческой жизни непредсказуемым образом. (Fonagy & Target, 2000). Тем самым, благодаря трудам Фрейда, на детскую психику перестали смотреть как на немотивированную и малозначимую, увидев в детях существ, находящих порой в состоянии смутения и стремящихся установить контроль над своими биологическими потребностями и быть принятыми обществом через микромодель семьи (Freud, 1909/1953).

Идеи, основанные на теории Фрейда, продолжали развиваться в первой половине XX в., когда клиницисты и теоретики стали отходить от некоторых его ранних воззрений и привносить в область пси-

хоанализа новые взгляды. Однако в последние годы подход к детской патопсихологии с позиций психоаналитической теории стал меньше влиять на клиническую практику и теорию, во многом из-за популярности феноменологического (описательного) подхода к психопатологии, отраженного в DSM и аналогичных системах (Costello & Angold, 1995). Тем не менее важно помнить, что современные **нозологии** (попытки классифицировать психические расстройства согласно описательным категориям), в сущности, являются неонтологическими в своих подходах. Вместо того чтобы попытаться, как это делает психоанализ Фрейда, описать развитие болезни в контексте развития индивида, нозологии, подобные нозологиям Диагностического и статистического руководства (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000), стараются обнаружить общие знаменатели, которые описывают проявление расстройства в определенных возрастных рамках (Achenbach, 1995). Несмотря на обоснованную

критику и отсутствие эмпирических подтверждений психоаналитической теории и ее многочисленных производных (таких как теория объектных отношений), идея взаимосвязи между нормальным и патологическим развитием детей продолжает привлекать большое внимание как одна из моделей изучения детской патопсихологии.

Бихевиоризм. Развитие основанных на исследовании методов лечения детей, подростков и семей в целом восходит к зарождению бихевиоризма в начале 1900-х гг. Аналогичные методы отражены в экспериментальных исследованиях Павлова, которые заложили основы классического обусловливания, и в классических исследованиях обусловливания в устранении детских страхов (Jones, 1924; J. B. Watson & Rayner, 1920). Поначалу Джон Уотсон, «отец бихевиоризма», намеревался объяснить концепцию Фрейда в более научных, с его точки зрения, терминах, порожденных новой теорией классического обусловливания, по сути являющейся теорией научения.

Как это ни парадоксально, Уотсон, возможно, вдохновился психоаналитическими теориями Фрейда в большей степени, чем предполагал. Когда он пытался объяснить такие термины, как «бессознательное» и «перенос» на языке обусловленных эмоциональных реакций (и тем самым дискредитировать фрейдовскую теорию эмоций), он, фактически, стал одним из первых ученых, исследовавших идеи Фрейда в этом ключе (Rilling, 2000). Врезка 1.3 освещает некоторые из научных амбиций Уотсона и его знаменитый эксперимент с маленьким Альбертом, слава которого, как вы видите, вышла далеко за пределы научной лаборатории.

Уотсон известен своей теорией эмоций, в которой он перенес нормальное поведение на патологическое. Его знаменитые слова воплощают в себе те надежды, которые некоторые из исследователей прошлого, и общественность в том числе, возлагали на лабораторные исследования научения и поведения:

Дайте мне дюжину здоровых, хорошо сложенных младенцев и возможность самому заняться их воспитанием, и я гарантирую, что взяв наугад любого из них, путем научения сделаю из него любого специалиста по своему выбору — врача, юриста, художника, коммерсанта и, если на то пошло, профессионального нищего или вора, независимо от его талантов, склонностей, способностей, увлечений и расового происхождения его предков (J. B. Watson, 1925, с. 82)

Помимо рабочей лаборатории четы Уотсонов, их дом, должно быть, тоже был любопытным местом. Оцените следующие противоречивые взгляды и советы по воспитанию детей, исходящие от одного из первых американских «детских экспертов» и его жены:

Джон Уотсон:

Никогда не обнимайте и не целуйте их, никогда не позволяйте им сидеть у вас на коленях. Если необходимо, поцелуйте их один раз в лоб, когда они желают вам спокойной ночи. По утрам здоровайтесь с ними за руку (J. Watson, 1925).

Розали Рейнер Уотсон:

Я не могу полностью сдерживать свою любовь к детям. Меня считают самым плохим бихевиористом, потому что время от времени мне очень хочется нарушить все правила. Мне нравится помогать детям, когда они завязывают узлами пижаму своего папы и подкладывают щетки для волос в чужую постель. Я люблю повеселиться и посмеяться. Бихевиористы считают смешки признаком неадекватности. Поэтому, когда дети хотят похихикать, мне приходится делать строгое лицо или прогонять их в их комнаты (R. Watson, 1930/1996).

Этот пример и эксперимент с маленьким Альбертом иллюстрируют важность осторожного отношения к любым «новым» достижениям и идеям, которые сначала могут показаться панацеей, способной устранить давнишние проблемы. Как подтвердит любой родитель со стажем, никакие быстрые методики или универсальные решения в области воспитания детей не помогут нам справиться с проблемами детей; успешное воспитание детей — это отчасти навык, отчасти мудрость и отчасти везенье. Тем не менее семья, социум и общественные ценности играют весомую роль в определении успешности и ценности современных теорий воспитания.

Совершенствование методов лечения

В сравнении с последующими годами, период с 1930 по 1950 г. был периодом затишья в исследованиях и лечении детской психопатологии, исключение составляли немногочисленные сообщения в 1930-х гг., описывавшие лечение обособленных проблем, таких как ночное недержание мочи (O. H. Mowrer & W. M. Mowrer, 1938), заикание (Dunlap, 1932) и страхи (F. B. Holmes, 1936; Weber, 1936). Вследствие научных изысканий XIX в. ничего кардинально не изменилось, и большинство детей с интеллектуальными или психическими расстройствами по-прежнему содержались в интернатах. Однако эта практика стала подвергаться все большей критике в конце 1940-х гг., когда исследования Рене Шпица подняли серьезные вопросы о вредном влиянии интернатской жизни на рост и развитие детей (R. Spitz, 1945). Он обнаружил, что у младенцев, воспитанных в интернатах без нормального физического контакта со взрослыми и определенной стимуляции с их стороны, возникали серьезные физические и эмоциональные проблемы. Были предприняты усилия по закрытию интернатов и помещению более зависимых и трудных де-

тей в приемные семьи или «групповые» дома. В течение 20 лет, с 1945 по 1965 г., отмечалось быстрое уменьшение числа детей, живущих в интернатах, тогда как количество детей в приемных семьях и «групповых» домах росло.

В течение 1950-х гг. и в начале 1960-х появилась поведенческая терапия как системный подход к лечению детских и семейных проблем. Эта терапия была основана на принципах оперантного и классического обусловливания, заложенных в лабораторной работе с животными. В своей ранней форме эти основанные на лабораторной работе приемы по изменению нежелательного поведения и формированию адаптивных способностей резко контрастировали с доминировавшими психоаналитическими подходами, которые делали упор на разрешение внутренних конфликтов и неосознанных мотивов. Сначала поведенческая терапия фокусировала внимание на детях с задержкой психического развития или серьезными нарушениями, по отношению к которым психоаналитическая практика считалась неэффективной или даже неприменимой. Значительная часть этой работы проводилась в интернатах или учебных классах, где, как считалось, обеспечивалась возможность внешнего контроля, необходимого для эффективного изменения поведения.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Ранние биологические объяснения детской патопсихологии склонялись в пользу поиска причины проблемы в самом индивиде, что иногда приводило к слишком упрощенным или неточным представлениям об истинных причинах нестандартного поведения.
- Ранние психологические подходы стремились объединить базовые знания о врожденных процессах со знаниями об условиях среды, формирующих поведение, эмоции и когнитивные способности.
- Повышенное внимание, уделяемое в последние годы проблемам детей и подростков, привело к заметному повышению их жизненного уровня в широком смысле, включающем в себя и состояние их психического здоровья. Это произошло благодаря все большему общественному признанию особого статуса и потребностей детей и большей чуткости, проявляемой обществом в этих вопросах на протяжении XX в.

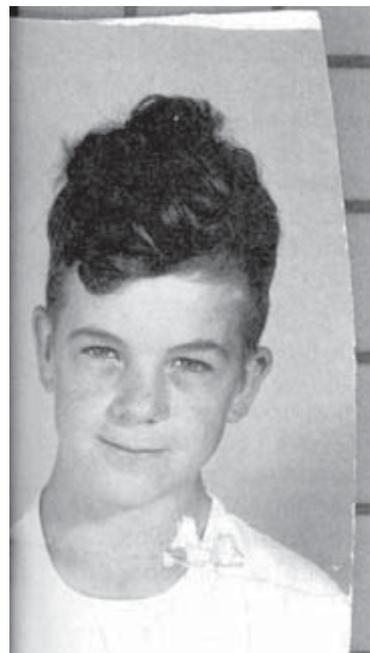
ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мне было жаль его. Я спросил, почему он не ходит в школу. «О, — сказал он, — школа — это пустая

тратя времени. Я там ничего полезного не узнаю. У меня есть другие дела. Кроме того, все ребята делают из меня шутя. Я ношу джинсы, и они надо мной смеются. Я говорю с южным акцентом, и они снова надо мной смеются. Я им не нравлюсь. И они не нравятся мне». У него были увлечения, но больше всего он «любил оставаться один и заниматься чем-то в одиночку». Именно так он и жил те 18 месяцев, что провел в Нью-Йорке. Он вставал в 9 утра и смотрел телевизор до 2 или 3 часов дня. Дома он был один. Мать уходила на работу. Я спросил его, что он думает о матери. Он ответил: «Ну, я должен жить с ней, поэтому, наверно, я ее люблю». Но он не выказал искренней привязанности к ней, также как и она к нему.

Sites, 1967

Эти комментарии были сделаны инспектором, курирующим условно осужденных, по поводу его отношений с 13-летним подростком по имени Ли Харви Освальд, который находился под надзором за постоянные прогулы. Заметьте, что названная провинность — прогулы — была связана с его неприязнью к школе, насмешками со стороны сверстников, социальной изоляцией, отчужденностью и отсутствием эмоциональной близости даже с матерью. Этот пример показывает, как относительно обособленную проблему бывает трудно классифицировать относительно ее причин, проявлений и сопутствующих факторов. Здесь же мы сталкиваемся с несколькими ключевыми вопросами. Во-первых, как мы определяем, что нормально, а что — нет? Многие дети



Было ли в детстве Ли Харви Освальда нечто такое, что могло бы указать на его необузданное поведение в будущем?

прогуливают школу на той или иной стадии подросткового периода. Во-вторых, когда незначительная трудность превращается в проблему? В данном случае, счел ли кто-нибудь, что прогулы Освальда в принципе могут привести к серьезным социальным проблемам или что они вызваны подобными проблемами? Наконец, почему патологические паттерны поведения некоторых детей относительно непрерывны, начинаясь в раннем детстве и продолжаясь в юности и зрелости, тогда как другие дети демонстрируют более изменчивые (прерывистые) паттерны развития и адаптации? Наконец, не присутствовало ли в поведении маленького Освальда нечто, способное подсказать, что годы спустя он уйдет президента Джона Ф. Кеннеди?

Эти вопросы являются центральными для определения и понимания патологического поведения детей и гарантируют вдумчивое рассмотрение. Однако простых и быстрых ответов на них не существует. (Это должно быть хорошо знакомо тем из вас, кто специализируется на психологии.) Большая часть детских расстройств сопровождается различными патологиями в поведении и развитии, проявляющимися в разной степени: от более заметных и вызывающих тревогу (таких как прогулы уроков и плохое поведение) до более скрытых и привычных самим участникам ситуации (таких как семейные неурядицы или родительское неприятие).

Более того, специалисты в области психического здоровья, пытаясь понять недостатки детей, слишком часто непреднамеренно забывают об их достоинствах. Однако многие дети эффективно справляются с трудностями в тех областях своей жизни, которые не обращают на себя внимание специалистов именно из-за отсутствия патологий, и делают это несмотря на трудности, связанные со специфическими психическими расстройствами. Понимание взрослыми этих уникальных достоинств и способностей детей может облегчить помощь в адаптации. Кроме того, в некоторых случаях дети могут демонстрировать не край-

ние формы патологии или только ранние признаки возникающей проблемы, а не полностью проявленное расстройство. Поэтому, чтобы судить о том, что является патологией, мы должны тонко чувствовать стадию развития каждого ребенка и учитывать методы и способы компенсации трудностей, присущие каждому ребенку (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thompson & Wadsworth, 2001).

Детские расстройства, подобно расстройствам у взрослых, обычно рассматривают с точки зрения отклонений от нормы, однако остаются разногласия в отношении того, что считать нормальным, а что — патологическим. Читая следующие разделы, помните о том, что определение границ между патологическим и нормальным функционированием имеет в значительной мере произвольный характер, и что поступающие данные постоянно пересматриваются, для того чтобы наши представления были более точными и полными.

Определение психических расстройств

Изучение патологического поведения часто делает нас более осторожными в отношении описания поведения других людей. Чей стандарт «нормальности» мы используем, и кто решает, когда имеет место отклонение от этого произвольного стандарта? Отражается ли патологическое поведение в какой-то одной области, такой как настроение или поведение, или на всей личности?

Хотя не существует простых ответов на эти вопросы, но непродуманные трудности Джорджини требуют, чтобы мы пришли к определенному согласию в отношении того, что будем понимать под **психическим расстройством**. Независимо от того, имеем ли мы дело с детьми, подростками или взрослыми, психическое расстройство традиционно определяют как паттерн поведенческих, когнитивных, эмоциональных или физических симптомов, демонстриру-

Калвин и Хоббс Билла Уотерсона



(1993, Watterson, Universal Press Syndicate)

емых индивидом. Подобный паттерн связан с одной (или более) из следующих характерных особенностей:

- Человек демонстрирует определенную степень дистресса, проявляющегося в чувствах страха или уныния.
- Его поведение указывает на определенную степень функциональной неспособности, или он страдает нарушением в одной или нескольких важных сферах деятельности, включая физическую, эмоциональную, когнитивную и поведенческую.
- Дистресс и неспособность увеличивают риск дальнейших страданий или осложнений, например: смерти, боли, инвалидизации или значительной потери свободы (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Учитывая тот факт, что мы иногда демонстрируем временные признаки дистресса, нарушенной трудоспособности или патологического поведения, оказываясь в необычных обстоятельствах (таких как потеря любимого человека), это определение синдрома или паттерна исключает обстоятельства, когда подобные реакции являются вполне объяснимыми и уместными согласно понятиям нашей культуры. Кроме того, данные три особенности психического расстройства характеризуют лишь то, что индивид делает или не делает при определенных обстоятельствах, но ничего не говорят о причинах или значении ненормального поведения для конкретного лица. В отличие от такого подхода к определению психического расстройства, оценку нарушенного функционирования следовало бы дополнить оценкой сильных и слабых сторон личности в процессе ее развития. Поведение, мышление и физическое состояние ребенка являются важными составляющими при определении его способности к адаптации к конкретным условиям жизни.

Значимость отношений. Хотя патологию часто определяют как паттерн, демонстрируемый индивидами, зависимость детей от их окружения означает, что многие детские проблемы лучше описывать в ракурсе отношений, а не ограничиваться рамками индивидуального сознания. Многие из этих отношений, например отношения с членами семьи, включают в себя важные аспекты зависимости, заботы и доверия. Другие отношения связаны с более широкой социальной сетью сверстников и неродных взрослых, влияющей на формирование поведения ребенка. Дети в любом возрасте — это активные, полные жизни существа, которые влияют на свое окружение и подвергаются его воздействию, поэтому их психологический портрет почти всегда отражает подобные интеракции. Даже в случае тяжелых расстройств развития, таких как аутизм, реакции детей на окружение являются следствием взаимодействия их врожденных способностей научения и возможностей, обусловленных средой.

Ярлыки описывают поведение, а не людей. Очень важно помнить, что термины, используемые для описания патологического поведения, не изображают самих людей; они описывают только паттер-

ны поведения, которые могут появляться, а могут и не появляться в определенных обстоятельствах. Мы должны всячески избегать распространенной ошибки отождествления человека с расстройством, которую отлично иллюстрируют такие выражения, как «отсталый ребенок» или «аутичный ребенок». Соответственно, в нашей работе мы проводим грань между ребенком и расстройством, используя такие фразы, как «Рамон — ребенок с психической отсталостью», вместо «Рамон психически отсталый». Дети, подобные Рамону, обладают множеством других качеств, которые не должны быть затенены общими характеристиками или негативными ярлыками.

Вдобавок, проблемы, с которыми сталкиваются дети, могут быть следствием их попыток приспособиться к патологическим или просто необычным условиям. Дети, страдающие хроническими заболеваниями, должны адаптироваться к индивидуальному лечебному режиму и к негативным реакциям со стороны сверстников. Дети, о которых недостаточно заботятся или с которыми жестоко обращаются, должны научиться адаптировать свое поведение и регулировать эмоции по отношению к окружающим. Следовательно, основная цель использования терминов, таких как расстройство или патологическое поведение, для описания психического состояния детей и подростков, — помочь клиницистам и исследователям в описании, систематизации и вербализации результатов исследований комплексных проявлений, часто связываемых с различными паттернами поведения. Термины ни в коем случае не указывают на какую-то общую причину, поскольку причины патологического поведения почти всегда многочисленны и взаимосвязаны.

Вышеуказанный подход к определению патологического поведения схож с подходом, чаще всего применяемым при классификации и диагностике психических расстройств, согласно указаниям в DSM-IV-TR (APA, 2000). Мы используем этот подход при формировании концепции и структуры настоящей книги из-за его клинической и описательной практичности. Однако, несмотря на прогресс в определении патологии и значительные улучшения в системах диагностики и классификации, неоднозначность по-прежнему остается, особенно в сфере принятия решений, неадекватного функционирования, конкретного ребенка (Richters & Cicchetti, 1993). Возможно, определенная степень неоднозначности неизбежна, поскольку в наименованиях категорий психического расстройства заключена изначальная лингвистическая многозначность и некие абстракции, а не одни научные данные. Границы между нормальным и патологическим состоянием провести нелегко. В настоящее время DSM-IV-TR является общепринятой диагностической системой, подтверждая свою полезность в профессиональном общении и стандартизации исследований и клинических знаний, касающихся детской патопсихологии. Мы рассмотрим DSM-IV-TR и существующие альтернативные классификации детских расстройств в главе 4 «Обследование, диагноз и терапия».

Компетентность

Определения патологического поведения ребенка должны принимать во внимание **компетентность** детей — то есть их способность адаптироваться в среде. Суждения об отклонении требуют знаний о достижениях детей в сравнении с достижениями их сверстников, а также знаний об их индивидуальном курсе развития. Фактически, изучение детской патопсихологии учитывает не только уровень неадекватного поведения, демонстрируемого детьми, но также то, насколько успешно они проходят этапы нормального развития. Как и в случае отклонения, критерии для определения компетентности могут быть весьма специфичными и узконаправленными, или, наоборот, исключительно пространственными и широкими (Masten & Coatsworth, 1998).

Как мы узнаем, все ли в порядке у конкретного ребенка, и как мы, родители, учителя или специалисты, формируем свои ожидания? Знания об основных психосоциальных задачах в период детства и юности, называемых **задачами развития**, представляют собой важные сведения для оценки прогресса и нарушений в развитии ребенка. Эти задачи отражают несколько широких сфер компетентности, таких как поведение и успеваемость, и показывают, как дети обычно продвигаются вперед в рамках каждой сферы по мере взросления. Примеры задач развития приведены в табл. 1.1.

Например, поведение — одна из фундаментальных сфер — показывает, насколько успешно человек следует установленным правилам. Ожидается, что начиная с раннего возраста, дети начнут контролировать свое поведение и выполнять требования ро-

дителей. (Это не означает, что они всегда поступают именно так, но это уже другая тема для обсуждения!) Когда дети отправляются в школу, ожидается, что они будут следовать правилам, установленным в школе, дома и в обществе, даже при отсутствии непосредственного надзора (Masten & Coatsworth, 1998). Аналогичное продвижение в развитии имеет место в сфере «я», в которой дети сначала научаются отделять себя от среды и постепенно формируют собственную идентичность и автономию. В обсуждении расстройств в последующих главах мы попытаемся, когда это возможно, сохранять баланс между информацией о патологическом поведении и информацией о компетентности и других достоинствах детей.

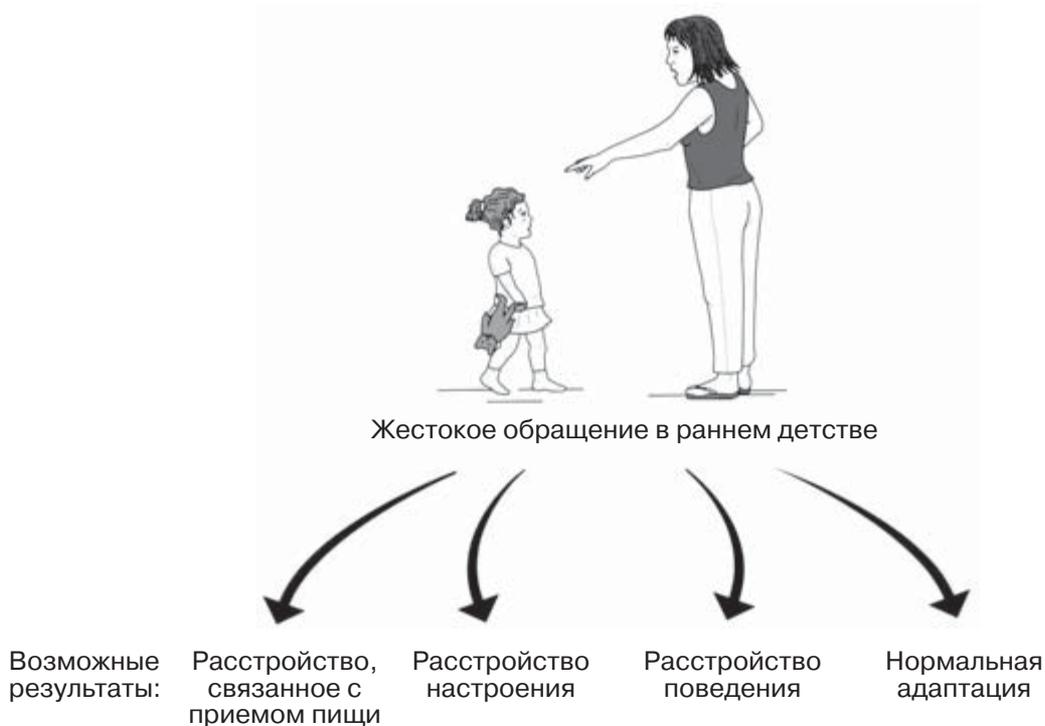
Пути развития

Почему у детей с аналогичным ранним опытом не возникают впоследствии похожие проблемы? И, наоборот, почему дети и подростки с одним и тем же расстройством иногда имеют совершенно разный ранний опыт или абсолютно разные семейные характеристики? Другой аспект суждений об отклонении связан с определением момента, когда аномальное поведение ребенка начинает превращаться в более узнаваемый паттерн, особенно когда поведение детей колеблется и заметно меняется по мере их развития. Следовательно, в дополнение к проведению грани между нормальной и патологической адаптацией в случае каждого расстройства мы должны учитывать временную связь между возникающими проблемами, скажем, в раннем детстве, и последующими расстройствами.

Таблица 1.1
Примеры задач развития

Возрастной период	Задача
Младенчество — дошкольный возраст	Привязанность к родителям Овладение языком Отделение себя от среды Самоконтроль и послушание
Младший школьный возраст	Адаптация к школе (посещаемость, подобающее поведение) Академическая успеваемость (например: овладение навыками чтения, арифметики) Поддержание отношений со сверстниками (признание, установление дружеских отношений) Регулируемое правилами поведение (следование существующим в обществе правилам нравственного и социального поведения)
Подростковый возраст	Успешный переход в среднюю школу Академическая успеваемость (овладение навыками, необходимыми для получения высшего образования или устройства на работу) Участие во внеклассной деятельности (например спорт, кружки) Формирование тесных дружеских отношений с представителями своего и противоположного пола Формирование устойчивого чувства собственной идентичности

(а) Мультифинальность: аналогичный ранний опыт приводит к различным результатам.



(b) Эквивинальность: различные факторы приводят к схожим результатам.



Рис. 1.1. Пути развития: мульти- и эквивинальность.

Путь развития имеет отношение к последовательности и временной привязке конкретных моделей поведения, а также к возможным связям между моделями поведения на протяжении определенного отрезка времени. Это понятие позволяет нам представить развитие как активный, динамический процесс, который может объяснить самые разные отклонения и результаты (Cicchetti & Rogosch, 1996). Оно помогает нам понять курс и характер нормального и патологического развития.

Давайте взглянем на два примера путей развития, символически изображенные на рис. 1.1. С ребенком, изображенным в верхней части рисунка, дурно обращались в раннем возрасте. Такое обращение может заметно менять начальный курс развития, приводя впоследствии к очень непохожим и зачастую непредсказуемым результатам, таким как расстройства, связанные с приемом пищи, расстройства настроения или поведения. Этот пример иллюстрирует понятие **мультифинальности** (многоисходности), когда схожее начало пути (в данном случае — плохое обращение с ребенком) может приводить к разным результатам.

В иных случаях дети могут начать путь развития с разными достоинствами и недостатками, обусловленными генетическими, семейными и психологическими влияниями, но впоследствии продемонстрировать схожие проявления психопатологии. Как показано в нижней части рис. 1.1, генетические паттерны, семейные характеристики и особенности среды, окружающей ребенка, могут объединяться, образуя единый путь, который ведет к расстройству поведения. Этот пример иллюстрирует понятие **эквивифинальности**, которое означает, что схожие результаты проистекают из разного раннего опыта. Как мы увидим в главе 6 «Проблемы поведения», дети с проблемами в поведении могли иметь очень разный ранний опыт и подвергаться различным факторам риска, но впоследствии они демонстрируют схожие паттерны поведения. Рассматривая возможные пути развития, мы начинаем лучше понимать то, как проблемы детей могут меняться или оставаться неизменными долгое время (Sameroff, 2000).

Таким образом, многообразие возможностей появления у детей психических достоинств и недостатков — краеугольный камень детской психопатологии. Поскольку не существует какой-то явной причинно-следственной связи для каждого детского и подросткового расстройства, следует твердо помнить о следующих допущениях (Cicchetti & Cohen, 1995b):

- Существует множество факторов, приводящих к патологическим результатам в случае каждого индивида.
- Эти факторы разнятся у индивидов, страдающих одним и тем же расстройством.
- Даже индивиды с одним и тем же специфическим расстройством демонстрируют особенности этого расстройства по-разному (например, некоторые дети с расстройством поведения агрессивны, тогда как другие могут портить вещи, воровать или постоянно обманывать).

- Пути, ведущие к любому конкретному расстройству, многообразны и взаимосвязаны, а не одномерны и статичны.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Определение психического расстройства предполагает договоренность в отношении конкретных паттернов поведенческих, когнитивных и физических симптомов, демонстрируемых индивидом.
- Из-за того что ребенок зависит от окружающих, его психологические проблемы необходимо рассматривать с точки зрения отношений, а не исключительно с точки зрения его личного несовершенства.
- Термины, используемые для описания патологического поведения, не следует использовать в качестве ярлыков для описания людей.
- Описание патологического поведения требует суждения о степени неадекватности, опасности, а также дисфункциональности или нарушения поведения человека.
- Разнообразие путей приобретения детьми достоинств и недостатков является краеугольным камнем детской психопатологии. Многочисленные факторы, влияющие на патологическое поведение, могут меняться у одного и того же и разных индивидов со схожими расстройствами.
- Исследования психических расстройств включают в себя попытки описать имеющиеся проблемы и возможности их решения, понять действительные причины расстройств и устранить или предотвратить их появление.
- Пути развития помогают определить курс и характер нормального и патологического развития. Мультифинальность означает, что различные результаты могут проистекать из схожих начал, тогда как эквивифинальность означает, что схожие результаты могут проистекать из разного раннего опыта.

РИСК И ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ

Я убежден, что, за исключением немногих экстраординарных случаев, та или иная форма несчастливого детства необходима для формирования исключительных талантов.

Торнтон Уайлдер (1897–1975)

Обстоятельства жизни Рауля и Джесси привлекают наше внимание к понятиям риска и жизнеспособности.

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 1.4 Кто эта девушка?

Иногда нас могут многому научить истории жизни знаменитостей, прославившихся своими талантами и достижениями. А в некоторых случаях, подобных случаю Мадонны, популярной певицы и актрисы, эти истории повествуют о раннем знакомстве с несчастьями или утратой, которые во многом определили жизненный путь этих людей.

Мадонна выросла в малообеспеченной многодетной семье. Она часто говорит о смерти своей матери (она умерла, когда Мадонне было пять лет) как о поворотном событии в своей жизни: «Я знала, что могу либо печалиться, быть слабой и опустить руки, либо собраться и сказать себе, что все наладится». Стремление Мадонны быть хозяйкой своей судьбы частично проистекает из тяжести утраты, которую она обратила в желание заставить любить себя огромное число поклонников. И это желание помогло ей справиться с горем. Она объясняет: «Я знаю, что если бы у меня была мама, я была бы совсем другой. Потеря и боль позволили мне выработать множество качеств, которые традиционно считают мужскими — я имею в виду мое честолюбие и агрессивность... Когда умерла мама, я ни с того ни с сего решила стать самой лучшей певицей, самой лучшей танцовщицей, самым знаменитым человеком в мире; все должны были меня полюбить». Согласны вы или нет с тем, что ей удалось достичь подобного величия, но ее манера адаптироваться к неблагоприятным жизненным обстоятельствам свидетельствует о ее жизнестойкости и способности быть хозяйкой своей судьбы.

Источник: Layton, 1994.

Рауль и Джесси: Что обуславливает различие?

Рауль и Джесси дружили с детства, они росли в одном бедном квартале, где наркотики и преступность были обычным явлением. К 10 годам оба были уже знакомы с насилием дома и на улице, и каждый жил с матерью и старшим братом или сестрой, после того как его родители развелись. Мальчики редко видели отцов, а когда встреча все же происходила, то обычно была малоприятным событием. К тому времени, когда они перешли в 6-й класс, оба отставали в учебе и имели неприятности с полицией из-за того, что допоздна гуляли на улице, докучали в школе другим ученикам и залезали в чужие автомобили. Однако, несмотря на подобные проблемы и жизненные трудности, Рауль закончил среднюю школу и получил двухгодичную подготовку в мест-

ном профессиональном училище. Теперь ему 30 лет, он работает на местной фабрике и живет с женой и двумя детьми. Рауль говорит о прожитом отрезке жизни так: «Увертывался от пуль, чтобы идти туда, куда я хочу», но он счастлив, что живет в безопасном районе и может надеяться на то, что отправит детей в колледж.

Однако его приятель Джесси так и не окончил среднюю школу. Он прекратил учебу после того, как его исключили из школы за появление на занятиях с оружием, после чего он несколько раз попадал в тюрьму. В свои 30 лет Джесси слишком много пьет и не задерживается ни на одной работе. У него было несколько непродолжительных связей, в результате которых появились на свет два малыша, но он редко их навещает, так и не женившись ни на одной из матерей. В эти годы Джесси жил в нескольких местах, большей частью в своем старом, нисколько не изменившемся районе (адаптировано из: Zimmerman & Arunkumar, 1994.).



Постоянная бедность — один из тех факторов, которые могут повысить вероятность развития психопатологии у детей.

Эти короткие истории иллюстрируют два очень разных пути развития, которые начались в одном и том же месте. Неприятности Джесси можно было предсказать на основании имеющихся знаний о патологическом развитии, но труднее объяснить, как некоторым детям, таким как Рауль, удастся избежать опасностей, несмотря на стресс и превратности судьбы (Cicchetti & Garmezy, 1993). Возможно, вам известен человек — герой литературного произведения, кинофильма или ваш приятель, — который преуспел в жизни, несмотря на несчастья и ограниченные возможности (см. врезку 1.4). Каким образом, на ваш взгляд, подобные люди преодолевают неблагоприятные условия и достигают поставленных целей?

Ответ на этот сложный вопрос проясняется благодаря исследованиям факторов риска и факторов жиз-

неспособности, влияющих на пути развития детей. **Фактор риска** — это переменная, которая предшествует негативному результату и повышает вероятность достижения именно этого результата. Напротив, **фактор жизнеспособности** — это переменная, которая повышает способность человека избежать негативных результатов несмотря на объективную подверженность риску возникновения психопатологии. Как можно предполагать, детям, подобным Раулю и Джесси, которые сталкиваются с множеством известных факторов риска, таких как насилие в обществе и развод родителей, грозит патологическое развитие. Критические, стрессовые ситуации, а также многочисленные несчастья ставят под вопрос успешное развитие детей. Постоянная бедность, серьезные недостатки ухода за детьми, родительская психопатология, смерть родителя, социальные беды, бездомность, распад семьи и перинатальный стресс — вот известные факторы риска, которые делают детей более уязвимыми перед угрозой возникновения психопатологии, особенно при отсутствии компенсирующих достоинств и возможностей (Brooks-Gunn & Duncan, 1997; Steinhauer, 1998).

Однако у некоторых уязвленных судьбой детей, подобных Раулю, в дальнейшем не возникает проблем. Напротив, они кажутся способными противостоять наполненной стрессом среде, умудряясь добиваться позитивных результатов, несмотря на значительную опасность возникновения психопатологии (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Жизнеспособные дети справляются с опасной средой благодаря твердой уверенности в своих силах, навыкам преодоления трудностей и умению избегать опасных ситуаций, они способны противостоять подстерегающим их бедам или оправляться от них (Zimmerman & Arunkumar, 1994). Такие дети также чаще демонстрируют устойчивую компетентность, когда попадают в стрессовые условия, или возвращаются к прежнему здоровому уровню компетентности после травматического или стрессового опыта (Werner в периодике). Однако жизнеспособность не является универсальным, безоговорочным или фиксированным качеством ребенка; она изменяется в зависимости от вида стресса, его контекста и иных факторов. Отдельные дети могут быть жизнеспособны по отношению к одним специфическим стрессорам, но вполне неустойчивы по отношению к другим, кроме того, жизнеспособность может меняться со временем и в разных условиях (Luthar et al., 2000).

Понятие жизнеспособности не предполагает существования какого-то прямого причинного пути, ведущего к конкретному результату; напротив, оно связано с непрерывными интеракциями между защитными и ослабляющими факторами, связанными с самим ребенком, возникающими между ребенком и его окружением и, наконец, между конкретными факторами риска. **Защитные факторы** — это личностные или ситуативные переменные, которые уменьшают опасность развития у ребенка расстройства, тогда как **ослабляющие факторы** делают обратное — они увеличивают вероятность того, что у ребенка возникнут трудности. Защитные и ос-

Источник	Характеристики
Индивид 	Хорошее интеллектуальное развитие Располагающий к себе, общительный, добродушный характер Самоэффективность Таланты Вера
Семья 	Тесные отношения с заботливым родителем Требовательное воспитание, теплота, организованность, большие ожидания Социоэкономические преимущества Связи со структурами, оказывающими различную помощь в семейной жизни
Внесемейный контекст 	Взрослые вне семьи, заинтересованные в том, чтобы обеспечить благополучие ребенка Связи с социально ориентированными организациями Учеба в хорошей школе

Рис. 1.2. Характеристики жизнеспособных детей и подростков. (Источник: Masten & Coatsworth, 1999)

лабляющие факторы следует рассматривать как процессы, а не как абсолютные величины, поскольку одно и то же событие или условие может выступать в качестве и защитного, и ослабляющего фактора, в зависимости от общего контекста, в котором оно возникает (Rutter, 2000b). Например, помещение маленьких детей в новые семьи может способствовать их защите, если с ними жестоко обращались, но в некоторых случаях внедомашние условия могут повысить уязвимость ребенка, если они создают дополнительный стресс, вызванный расставанием с объектом их первичной привязанности. На протяжении всех глав мы даем аналогичные примеры связи уязвимости и жизнеспособности детей с конкретными обстоятельствами и расстройствами.

Рис. 1.2 иллюстрирует некоторые из наиболее известных характеристик жизнеспособных детей и подростков. Вместе эти характеристики составля-

ют *защитную триаду* оздоравливающих возможностей и событий, включающую в себя возможности *индивида, семьи*, а также *школы* и ближайшего социального окружения (Garmez, 1991). Однако защитные факторы сильно варьируются по своей интенсивности и охвату, и наличие всех трех источников необязательно для достижения хорошего результата. В некоторых случаях эффективное изменение характера и направления развития детей может быть вызвано лишь присутствием готового помочь взрослого, например дедушки, бабушки или учителя. В других случаях могут быть необходимы дополнительные или иные защитные факторы, такие как улучшенная среда обучения, социальная безопасность или более теплые отношения в семье (Masten et al., 1999).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Нормальное развитие детей может оказаться в опасности ввиду факторов риска, включающих в себя критические, стрессовые ситуации и бедственные условия.
- Некоторые дети, по-видимому, обладают большей жизнеспособностью по отношению к факторам риска. Жизнеспособность связана с твердой уверенностью в себе, навыками преодоления трудностей и способностью избегать опасных ситуаций, а также противостоять ударам судьбы или оправляться от их последствий.
- Жизнеспособность детей связана с защитной триадой своеобразных ресурсов и оздоравливающих факторов, которые включают в себя индивидуальные возможности, тесные семейные связи и возможности для получения поддержки общества.

ЗНАЧИМОСТЬ ПРОБЛЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Человечество должно отдавать детям все самое лучшее, что у него есть.

Конвенция прав ребенка (1989)

До самого последнего времени проблемы психического здоровья детей как в популярной, так и в научной литературе оставались объектом различных домыслов и необоснованных теорий. Представьте себе, что лишь несколько поколений назад, в середине XIX в., повышенная возбудимость в обстановке школы считалась причиной безумия (Makari, 1993), а еще в прошлом поколении, в середине XX в. предполагалось, что причиной аутизма являются неадекватные, не проявляющие должной заботы ро-

дители (Bettelheim, 1967). Теперь мы наконец признаем, что проблемы психического здоровья детей и подростков очень сильно распространены, и их значимость с точки зрения благополучия общества, трудно переоценить (Institute of Medicine, 1989).

Чтобы получить непосредственное представление о значимости проблемы психического здоровья детей, мы предлагаем рассмотреть следующий факт: в Северной Америке ежегодно тот или иной вид помощи в области психического здоровья получают почти 3 миллиона детей и подростков, а сумма, затрачиваемая на подобные услуги, составляет 1,5 миллиарда долларов и более (Weisz & Weiss, 1993). Однако эти цифры — лишь вершина айсберга, поскольку огромное число детей, нуждающихся в услугах, связанных с психическим здоровьем, не получают необходимой помощи.

Опросы, проводившиеся в Северной Америке и других регионах мира, показывают, что примерно 1 ребенок из 5 сталкивается с трудностями в области психического здоровья, которые значительно снижают качество его жизнедеятельности, а примерно 1 из 10 детей страдает тем или иным психическим расстройством (U.S. Public Health Service, 2000). И даже у тех детей, которые не учитываются этой печальной статистикой, отмечаются проблемы, которые делают вероятным развитие у них в дальнейшем психического расстройства (McDermott & Weiss, 1995). Некоторым детям трудно адаптироваться к школе или к условиям семейной жизни, поэтому они начинают вести себя неадекватно с точки зрения собственного развития или сложившейся ситуации. Другие демонстрируют более ярко выраженные паттерны развития и адаптации, которые указывают на одно или несколько специфических детских или подростковых расстройств. Таким образом, отделение проблем, заслуживающих профессионального внимания, от проблем, которые могут исчезнуть с возрастом, предполагает профессиональное понимание как нормального, так и патологического развития и поведения ребенка.

В последующих главах мы приведем примеры того, что значительный процент детей не избавляется с возрастом от детских психических проблем, хотя форма проявления этих проблем и их острота чаще всего изменяются со временем. Кроме того, нарушения в развитии ребенка могут оказывать продолжительное негативное воздействие на последующую семейную, профессиональную и социальную адаптацию.

Вопросы психического здоровья детей и подростков

Если бы всех детей и подростков с известными психическими расстройствами можно было запечатлеть на одной фотографии, интересующая нас картина была бы куда яснее, чем та, которую мы имели всего лишь тридцать лет назад. Сфокусированность на личности ребенка и большая детализация являются результатом усилий, направленных на улучшение понимания и оценки детских психических рас-

стройств. В прошлом детей с разными проблемами в области психического здоровья и образования слишком часто отображали таким термином, как «плохо адаптирующийся», поскольку средства оценки не были скорректированы относительно различных синдромов и диагностических групп симптомов (Achenbach, 1995). Сегодня мы научились гораздо лучше отличать одни расстройства от других, что способствовало более эффективному выявлению ранее плохо понимаемых или вовсе не выявлявшихся проблем, таких как расстройства научения, депрессия, подростковый суицид, расстройства, связанные с приемом пищи, расстройства поведения и проблемы, вызванные хроническими заболеваниями, а также жестоким обращением и запущенностью.

Другое принципиальное отличие современного положения вещей в детской патопсихологии заключается в том, что изменился возрастной состав потенциальных и реальных пациентов: дети младшего возраста и подростки чаще попадают в поле зрения специалистов, что отражает более серьезное и продуктивное осознание вопросов психического здоровья, связанных с этими возрастными группами. Например, специфические расстройства в области коммуникации и обучения были только недавно признаки заслуживающими пристального внимания по отношению к дошкольникам и детям младшего школьного возраста. Аналогичным образом, эмоциональным проблемам, таким как тревога и депрессия, количество которых резко возрастает в подростковый период (Velez, Johnson & Cohen, 1989), прежде не придавали значения, поскольку их симптомы часто не слишком заметны или доставляют меньше беспокойства окружающим, чем симптомы расстройств, связанных с поведением и обучением.

Что не изменилось бы на нашей фотографии, так это количество детей, получающих должную помощь; сегодня необходимая помощь в случае нарушений, связанных с личностными, семейными или ситуативными факторами, оказывается менее 10% детей — цифра, которая остается неизменной на протяжении более 30 лет (Costello & Angold, 2000). Отсутствие ресурсов и недостаточное внимание к вопросам психического здоровья детей означает, что дети не получают необходимой психологической помощи в тот момент, когда больше всего нуждаются в ней. К счастью, эта ситуация начинает меняться, и все большее внимание уделяется эмпирически обоснованным программам профилактики и лечения многих детских расстройств (В. Weiss, Catron, Harris & Phung, 1999).

Дети и подростки на снимке не могли быть собраны случайно, в любом месте и в любое время, поскольку проблемы в области психического здоровья распределяются в обществе неравномерно. Дети из неблагополучных семей и районов (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000; McLoyd, 1998); дети, страдающие от жестокого обращения, запущенности (Emery & Laumann-Billings, 1998); те, за кем в детстве осуществляется неадекватный уход (Scarr, 1998); те, кто родился с очень малым весом из-за того, что мать курила, неправильно питалась или

употребляла алкоголь и наркотики (McCormick, Gortmaker & Sobol, 1990); а также дети родителей с уголовным прошлым (Gabel & Schindlodecker, 1993) или с тяжелыми психическими заболеваниями (Resnick, Harris & Blum, 1993) намного чаще сталкиваются с психическими проблемами. Сгруппировать детей на снимке в соответствии и с этими категориями будет нелегко, так как эти дети часто сталкиваются с сочетанием разных стрессоров, обусловленных средой. Такие дети особенно подвержены риску причинения им того или иного ущерба, который может спровоцировать патологическое поведение или возникновение психического расстройства (Steinhauer, 1998).

Контекстуальные факторы

Новые неблагоприятные влияния и социальные перемены могут все больше повышать вероятность развития расстройств у детей во все более раннем возрасте (Caspi, Taylor, Moffitt & Plomin, 2000). Многие из стрессоров сегодня сильно отличаются от тех, с которыми сталкивались наши родители и бабушки. Некоторые неблагоприятные факторы переходили из поколения в поколение — бедность, неравенство, распад семьи, воспитание ребенка одним родителем и т. д. Другие появились или стали более заметны только в последнее время, например, бездомность, проблемы адаптации детей из семей иммигрантов, неадекватный уход за ребенком со стороны работающих родителей и заболевания, связанные с влиянием, ВИЧ, кокаина алкоголя и преждевременного созревания на рост и развитие детей (McCall & Groark, 2000). Даже желанный прогресс в медицине может иметь негативную сторону. Повышение вероятности выживания недоношенного плода способствует увеличению числа детей с трудностями в поведении и обучении, которым требуется помощь специалистов в самом раннем возрасте.

Важно помнить, что ситуация, когда контекстуальные факторы влияют на течение расстройства, отличается от ситуации, когда они сопутствуют проблеме. То есть средовые стрессоры, такие как бедность, жестокое обращение или отсутствие безопасности, могут действовать как неспецифические, которые вызывают сложности в адаптации или даже начало расстройства у некоторых уязвимых детей. С другой стороны, эти же самые факторы среды могут воздействовать на течение расстройства, влияя на то, в какой степени проблемы ребенка смягчаются или усугубляются (Steinberg & Avenevoli, 2000). Примеры основных контекстуальных факторов в развитии детской психопатологии приводятся ниже, появляясь затем снова и снова в наших последующих обсуждениях в каждой главе.

Бедность и негативные социальноэкономические факторы. Если бы вы заглянули за рамки внешних характеристик, то заметили бы, что во многих случаях предыстория и обстоятельства жизни детей и подростков с психическими проблемами дают ключ к решению их проблем. Одними из наиболее очевидных подобных ключей были бы бедность, неблагоприятные условия

и насилие, с которыми сталкиваются многие дети и которые оказывают кумулятивное воздействие на их психическое здоровье (Luthar, 1999).

Бедность является тревожной реальностью примерно для 1 из 5 детей как в США (U.S. Bureau of the Census, 1999), так и в Канаде (Statistics Canada, 1997), и, к сожалению, эта цифра возрастает в обоих странах в течение последней четверти века. Взросление в бедности оказывает существенное влияние на благополучие детей и подростков, особенно с точки зрения нарушений способности к обучению и успехов в школе (Duncan & Brooks-Gunn, 2000; Schteingart, Molnar, Klein, Lowe & Hartmann, 1995). Кроме того, низкий доход связан со многими другими неблагоприятными факторами, такими как более низкий уровень образования, недостаточное медицинское обслуживание, неполная семья, ограниченные возможности, плохое питание и больший риск насилия. Каждый из этих факторов может значительно ухудшить развитие детей (Brooks-Gunn & Duncan, 1997).

Влияние бедности, окружающей ребенка в детстве, служит характерным примером: дети из бедных и неблагополучных семей страдают расстройствами поведения почти в 3 раза чаще, хроническими болезнями почти в 2 раза чаще, а школьными проблемами, гиперактивностью и эмоциональными расстройствами более чем в 2 раза чаще, чем те, кто не сталкивается с подобными проблемами (Ross, Shillington & Lochhead, 1994). Более того, чем ниже уровень благосостояния, тем больше распространено насилие в среде детей: в 3 раза больше среди девочек, в 5 раз — среди мальчиков (Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994). Однако одними экономическими лишениями эти цифры не объясняются, поскольку многие дети все-таки преуспевают даже в тяжелых условиях. Тем не менее, чем выше степень неравенства, беспомощности и бесконтрольности, тем больше подрывается физическое и психическое здоровье детей (Canadian Institute of Advanced Research, 1991; Davey Smith, Bartley & Blane, 1990). Бедность оказывает значительное, хотя и косвенное, влияние на адаптацию детей, чаще всего из-за ее связи с названными негативными влияниями, с особенно суровым, непоследовательным родительским уходом и повышенным воздействием сильных и постоянно действующих стрессоров, которые обуславливают повседневный опыт ребенка, растущего в бедности (McLoyd, 1998).

Трудности детей и семей, относящихся к группам национальных меньшинств. Дети из этих социальных групп чаще других страдают определенными проблемами, такими как употребление стимулирующих веществ, правонарушения и подростковый суицид (McLoyd, 1998). Однако, когда влияние социальноэкономического статуса (SES), пола, возраста и возможности получения врачебной помощи контролируются (т. е. специфические влияния этих факторов устранены или ослаблены, остается очень немного различий в уровне возникновения детских психических расстройств между обычными детьми

и детьми, принадлежащими к национальным меньшинствам (Achenbach, Howell, Quay & Conners, 1991; Lahey et al., 1995).

На что могут указывать такие результаты? Одна из возможностей такова: особенности выражения психических расстройств могут быть связаны с этническим или культурным влиянием. Оцените тот факт, что дети и подростки, принадлежащие к группам национальных меньшинств, сталкиваются с множеством трудностей, таких как лишение общественных благ (часто называемое маргинализацией) и бедность. Маргинализация может привести к чувству отчужденности, потере социальных связей и отвержению норм общества (Steinhauer, 1996). Сопротивление объединенному влиянию бедности и маргинализации требует необычайной личной силы и семейной поддержки. Поскольку в Северной Америке в группах с низким SES велико число детей из национальных меньшинств, мы должны с осторожностью интерпретировать связи между SES, этнической принадлежностью и поведенческими проблемами, которые часто фигурируют при обсуждении детских расстройств (Guerra, Huesmann, Tocan, Van-Acker & Gron, 1995; Lahey et al., 1995).

Жестокое обращение с ребенком. Проблема недостаточного внимания к детям и жестокого обращения с ними приобретает характер всемирной эпидемии (World Health Organization, 1997). В Соединенных Штатах ежегодно регистрируется свыше 1 миллиона подтверждаемых случаев жестокого обращения с детьми или отсутствия какой-либо заботы о них (Sedlak & Broadhurst, 1996), а многие сообщения о «случайных» травмах, нанесенных детям, могут быть результатом незарегистрированной жестокости со стороны родителей или старших братьев и сестер (Peterson & Brown, 1994). Кроме того, телефонные опросы детей и подростков в возрасте от 10 до 16 лет показывают, что свыше $\frac{1}{3}$ (6 млн) из них подвергаются в этом возрасте физическому и/или сексуальному насилию со стороны не только членов семей, но и соседей или людей, связанных как-то со школой (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995). Неудивительно, что огромное число детей, на которых негативно влияет плохое обращение, вызывает обеспокоенность с точки зрения их долгого привыкания к школе, к сверстникам и сложностей в зарождающихся отношениях (D. A. Wolfe, 1996). Мы признаем эту проблему, посвящая данному вопросу целую главу 14 («Жестокое обращение с детьми и отсутствие родительской заботы»).

Специальные вопросы, касающиеся подростков

Подростковый период и юность — это переходный период, особенно важный для развития здоровых адаптационных способностей. Употребление наркотиков и токсических веществ, сексуальный опыт, насилие, случайные травмы и проблемы психического здоровья — вот лишь некоторые из основных трудностей, которые делают этот возраст особенно опасным (Kilpatrick et al., 2000; Leitenberg & Saltzman, 2000; Roth & Brooks-Gunn, 2000). Вызы-

вает тревогу и то, что в период между подростковым возрастом (10–14 лет) и юностью (15–19 лет) уровень смертности возрастает более чем в два раза, подтверждая тем самым серьезность затронутых вопросов (Millstein, Petersen & Nightingale, 1993). В ответ на растущую тревогу в последнее десятилетие проблем подросткам стало уделяться более пристальное внимание, особенно в отношении зарождения и развития преступных наклонностей и антисоциального поведения (Cicchetti & Sroufe, 2000; Nagin & Tremblay, 1999).

Долговременные последствия

Чем дольше проблемы, связанные с психическим здоровьем детей, остаются без внимания, тем сильнее ущерб, наносимый ими. Задачи развития ребенка являются достаточно трудными и без дополнительного бремени эмоциональных и поведенческих отклонений, которые разнообразными способами мешают продвижению вперед и соблюдению определенного курса развития. Почти 20% детей на нашей фотографии — те, кто страдает хроническими и просто серьезными расстройствами, — сталкиваются с ощутимыми трудностями на протяжении всей своей жизни (Costello & Angold, 1995). Они реже оканчивают школу, чаще сталкиваются с социальными проблемами, у них чаще закрепляются психические расстройства, приобретенные в детстве, все это сказывается на многих аспектах их жизни на всем ее протяжении.

Долговременные последствия, связанные с детской психопатологией, крайне дорогостоящи с точки зрения и экономики, и человеческих страданий. Расходы, вызванные ими, огромны, они включают в себя затраты в социальной сфере, такие как системы здравоохранения, образования, психического здоровья и правопорядка; производственные потери; потребность в повторных и долгосрочных вмешательствах; и, наконец, страдания как детей, так и взрослых, которые нельзя недооценивать. К счастью, дети и подростки могут преодолеть многие препятствия, если обстоятельства и возможности помогут им нормально адаптироваться. В нашей работе мы обращаем внимание на текущие исследования, посвященные характеру и течению психических расстройств у детей и подростков. Продолжая разговор о фото, можно сказать: мы исследуем, какие дети появляются на фотографии и почему, как долго они на ней остаются и будут ли фигурировать на более поздних снимках в качестве взрослых, сталкивающихся с трудностями психического характера.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Понимание и нормального, и патологического развития и поведения детей необходимо для определения проблем, с которыми ребенок сможет

справиться, и проблем, которые, скорее всего, сохранятся.

- Примерно 1 ребенок из 5 сталкивается с проблемами психического здоровья, которые значительно снижают уровень его жизнедеятельности, а примерно 1 из 10 страдает специфическим психическим расстройством.

- Значительный процент детей не избавляется от детских проблем, хотя форма проявления этих проблем и их острота, скорее всего, изменятся со временем.

- Проблемы в области психического здоровья распределяются неравномерно. Дети, сталкивающиеся с большими социальными и экономическими трудностями, и те, кто живет в более агрессивной, неадекватной и причиняющей очевидный вред среде, сталкиваются с проблемами в области психического здоровья значительно чаще.

- Многие детские проблемы имеют негативные долговременные последствия для самого ребенка и для общества.

Предваряющий комментарий

Мы указываем на значение психического здоровья детей снова и снова на протяжении всей книги, когда рассматриваем многочисленные индивидуальные, семейные, социальные и культурные влияния, которые определяют детскую психопатологию. Поскольку дети не могут выступить в свою защиту, а потребности их психического здоровья и вопросы развития заметно отличаются от тех, что свойственны взрослым, важно, чтобы мы знали и помнили об этих важных потребностях.

В трех следующих главах обсуждаются теории, причины, исследования и клинические вопросы. В главе 2 «Теории и причины детской психопатологии» мы обращаем внимание на современные способы трактовки детских подростковых расстройств. В ней рассказывается о поразительном прогрессе, который стал возможным благодаря новым открытиям в области исследований мозга, и отмечается, как эти открытия все активнее объединяются со знаниями о биологических и психологических процессах, влияющих на развитие детей и психические расстройства. В главе 3 «Исследования» рассматриваются методы исследования детей, подростков и их семей, которые помогают нам понять особенности, причины, характер протекания расстройств и методы их лечения. Далее в главе 4 «Обследование, диагноз и терапия» обсуждаются медицинские вопросы, касающиеся психического здоровья детей, особенно выявления диагноза и лечения. Поскольку психологические вмешательства значительно варьируются в зависимости от вида расстройства, мы будем описывать самые последние и эффективные методы лечения специфических расстройств. Это позволит объединить информацию о методах лечения и их эффективности с описаниями расстройств и их причин.

С 5 по 13 главу мы описываем специфические расстройства и ненормативные состояния у детей и подростков. Исследуются четыре основных типа

расстройств, а также влияние жестокого обращения и невнимания к ребенку на их возникновение.

- *Поведенческие расстройства.* Главы 5 и 6 касаются гиперкинетического расстройства и дефицита внимания и непослушания, которые иногда называют экстернализованными проблемами, поскольку они, как правило, включают в себя конфликты с окружающими.

- *Эмоциональные расстройства.* В главах 7 и 8 обсуждаются тревожные расстройства и расстройства настроения, которые иногда называют интернализованными, поскольку они подразумевают внутренние конфликты, которые менее заметны окружающим.

- *Расстройства развития и научения.* С 9 по 11 главу мы исследуем широкий круг расстройств, влияющих на способность детей обучаться или показывать нормативные результаты. Сюда относятся психическая отсталость, глубокие расстройства развития (такие, как аутистическое расстройство), специфические проблемы, связанные с чтением и математикой, и трудности, связанные с коммуникацией. Многие из этих расстройств включают в себя хронические состояния, которые скорее появляются в результате дефицита способности, чем из-за практических трудностей.

- *Проблемы, связанные с физическим и психическим здоровьем.* В главах 12 и 13 обсуждаются детские и подростковые расстройства, которые обусловлены физическими состояниями, способными влиять на общее психическое функционирование детей, и наоборот, такие как хронические заболевания, расстройства, связанные с приемом пищи и другие родственные проблемы.

- *Жестокое обращение с ребенком и его запущенность.* Глава 14 стоит особняком, так как в ней рассматриваются состояния, которые могут быть объектом внимания специалистов на протяжении детского периода развития личности, но не являются психическими расстройствами. Эта глава обращает наше внимание на детей, подвергающихся опасности жестокого обращения и растущих без элементарной родительской заботы.

Описанию и классификации психопатологии у детей уделялось намного большее внимание, чем здоровому функционированию и тому, как дети адаптируются к возрастным трудностям. Учитывая этот дисбаланс, мы на протяжении всего текста начинаем описание каждого расстройства с обсуждения нормальных процессов развития, таких как нормальное интеллектуальное развитие детей (при описании задержки психического развития) и нормальная доля шаловливости и притворства в детском поведении

(при обсуждении расстройств поведения). Мы также рассматриваем достоинства и адаптивные способности детей, независимо от наличия конкретного расстройства, и факторы, которые, как считается, способствуют здоровой адаптации, независимо от других нарушений. Затем мы представляем ключевые особенности каждого расстройства (такие, как гиперактивность-импульсивность, тоскливое настроение или нарушения в поведении), после чего следуют значимые сопутствующие особенности, такие как неадекватность самооценки, отношения со сверстниками или употребление наркотиков и токсических веществ.

Когда вы начнете знакомство с областью детской психопатологии, помните, что опасности, грозящие детям сегодня, — бедность, хронические болезни, плохое обращение и безразличие — не менее значимы, чем в прошлом, хотя они не всегда вызывают столь сильное возмущение общества, чтобы это возмущение послужило поводом кардинальных перемен. Даже в мире, который поставил вне закона детский труд, жестокое обращение с ребенком и многие иные формы нанесения фактического и потенциального вреда, мы только недавно начали сознавать, как сильно влияет качество условий, в которых развивается ребенок, на его здоровье, благополучие и компетентность. К счастью маловероятно, что в условиях северо-американской культуры дети и подростки когда-либо снова будут считаться обузой для общества. Как свидетельствует каждая глава этой книги, усилия, нацеленные на изменение политики и программ, адресованных детям и подросткам, становятся все более активными.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

нозологии (nosologies)
 психическое расстройство (psychological disorder)
 компетенция (competence)
 задачи развития (developmental tasks)
 путь развития (developmental pathway)
 мультифинальность (multifinality)
 эквивинальность (equifinality)
 фактор риска (risk factor)
 жизнеспособность (resilience)
 защитные факторы (protective factors)
 ослабляющие факторы (vulnerability factors)

Глава 2
ТЕОРИИ И ПРИЧИНЫ
ДЕТСКОЙ
ПСИХОПАТОЛОГИИ



Большинство форм детской психопатологии не может быть сведено к единственной причине. Рискую показаться уклончивыми, мы вынуждены признать, что специфически детские психологические нарушения и нарушения в кругу семьи возникают в результате разнообразных и оказывающих взаимное влияние факторов и процессов (Aguilar, Sroufe, Egeland & Carlson, 2000; Steinberg & Avenevoli, 2000). Как мы уже отмечали в главе 1, факторы риска и жизнеспособности, а также окружающая среда, в частности — атмосфера в семье и школе, оказывают значительное влияние на особенности развития индивида. Поэтому психические проблемы ребенка часто рассматриваются в контексте трех основных уровней влияния — индивидуального, семейного и социального, а не приписываются влиянию факторов, относящихся лишь к одному из этих уровней. Поскольку этиология психических расстройств имеет большое значение, данная глава посвящается описанию основных причин психических нарушений, включающих биологические, когнитивные и средовые факторы.

В этой главе мы рассмотрим теоретический и экспериментальный материал, относящийся к генетическим и нейробиологическим факторам; психологическим факторам, в частности — роли когнитивных и эмоциональных процессов; а также средовым факторам, таким как семейные паттерны поведения и культурные нормы, которые по-разному формируют характер развития ребенка в рассматриваемый период. Некоторые источники подобных влияний (например биологические факторы), находятся в самом ребенке, тогда как другие в той или иной степени удалены от него и его непосредственного окружения. Мы убедимся в том, что рассмотрение различных уровней влияния помогает глубже понять как причины, приводящие к нарушениям психического развития ребенка (детской психопатологии), так и рассмотрение этих причин на теоретическом уровне. Мы начнем наше рассмотрение со случая Джейка.

Джейк: Отстающий ученик

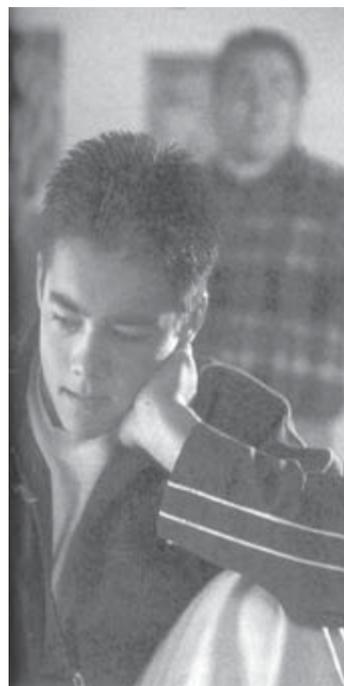
Джейку уже почти исполнилось 12 лет, когда он был направлен ко мне из-за сложностей с учебой. С тех пор как он пошел в четвертый класс, его отметки оставались значительно ниже среднего уровня; он не мог сосредоточиться на занятиях, и считался в классе «слишком тихим и перевозным». На протяжении последних четырех летних каникул он посещал дополнительные уроки чтения, однако к моменту нашей встречи его навыки оставались на уровне третьего класса. Несмотря на попытки родителей исправить положение, им было направлено письмо из школы с предупреждением о том, что Джейка не переведут в следующий класс, если не произойдет никаких улучшений. Все были недовольны мальчиком из-за того, что он не справлялся с учебой.

При встрече со мной по поводу причин своих школьных проблем Джейк выразился кратко, но по существу: «Это все учителя» — сказал он, ус-

тавившись в пол и ерзая в кресле. — Как они могут ждать, что я чему-то научусь, если сами все время на меня кричат. Когда я сказал учителю по английскому, что еще не прочитал весь учебник, он ответил, что я так медленно читаю, потому что мои мысли витают неизвестно где. И они хотят, чтобы я чему-то научился, когда сами считают меня тупым».

К концу нашей встречи Джейк тихим и сердитым голосом резюмировал свой взгляд на проблему: «Я знаю, что не добьюсь ничего с такими мозгами. Я медленно соображаю, от учителей помощи тоже не дождешься. Мне противно думать о школе. Я все время боюсь, что скажу в классе какую-нибудь глупость, и все будут надо мной смеяться».

С родителями Джейка я встретился отдельно, и они тут же изложили мне собственную версию плохой успеваемости сына. Мать Джека призналась, что выходит из себя и начинает кричать на него, когда тот не хочет идти в школу, однако она думает, что дело вовсе не в этом. Тут же она поспешила добавить: «Я слышала про неспособность к обучению и думаю, у него именно это. Он не может управлять вниманием и сосредоточиться на чем-либо. Он так боится школы и домашних заданий, как будто они опасны для жизни». К концу интервью для меня стало очевидным, что родители злятся на Джейка. Они считают, что он напрасно винит во всем учителей, хотя на самом деле сам просто не старается, что



Джейк вызывает у окружающих недовольство и раздражение.

его нужно перевести в специальный класс, а может быть, и прописать ему что-нибудь успокоительное, чтобы он не так нервничал из-за учебы.

Беда Джейка и жалобы его родителей вызывают ряд серьезных вопросов. Не является ли причиной плохой успеваемости мальчика умеренная степень умственной отсталости? Была ли мать Джейка права, говоря о неспособности к обучению? А может быть, есть специфические причины, связанные со сферой общения или обучения Джейка, не имеющие отношения к умственной отсталости, но влияющие на успеваемость мальчика? Возможно, атмосфера в семье и в школе также является причиной возникновения трудностей в учебе и страха перед школой? А может быть, неудачи Джейка в школе вполне отвечают ожиданиям его родителей и учителей? Получал ли Джейк необходимую ему поддержку, или дома его воспитанием занимались недостаточно, а возможно, даже жестоко обращались с ним?

КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ТРУДНОСТЕЙ ДЖЕЙКА?

Предположим, нас попросили побеседовать с Джейком, его учителями и родителями, чтобы выяснить, в чем причины его учебных проблем. Как бы вы решили эту задачу? Какую информацию, с вашей точки зрения, необходимо получить, и какому плану следовать, чтобы формировать и проверять предположения о возможных причинах трудностей Джейка? Скорее всего, вы выдвинете рабочую гипотезу, руководствуясь которой сможете решать, какие вопросы следует задавать и почему. Поначалу такая гипотеза может быть сформулирована в самом общем виде и лишена конкретики, например, вы можете исходить из того, что причиной всех упомянутых бед Джейка является негативное отношение к нему и давление, оказываемое со стороны учителей и родителей. Однако в ходе дальнейшего исследования ваша исходная гипотеза, вероятно, могла бы совершенствоваться и детализироваться, что позволило бы задавать более точные и конкретные вопросы.

Давайте коротко рассмотрим возможные причины поведения Джейка.

1. Биологические влияния. Так как мы почти ничего не знаем о раннем периоде развития Джейка, то можем попросить его мать рассказать о протекании ее беременности, включая серьезные заболевания, травмы, осложнения в супружеских отношениях или другие источники стресса, повлиявшие, возможно, на течение беременности. Все, что мы знаем о Джейке, указывает на тенденцию к проявлению неуверенности в поведении, а это означает, что он может относиться к новым и сложным ситуациям с большим опасением, чем другие дети (Kagan, Snidman, Zentner & Peterson, 1999).

Родители детей, испытывающих страх и тревогу, источник которых — повышенное содержание в организме «гормонов стресса», вероятно, могли сами испытывать подобные ощущения в детстве (Biederman et al., 1993a). Джейк, например, мог унаследовать тенденцию к повышенной возбудимости или обостренному реагированию на окружающую обстановку. Или же на развитие его нервной системы мог повлиять характер его общения с родителями в пору младенчества.

Эти паттерны, сформировавшиеся в ранний период жизни, в свою очередь, могут влиять на поведение Джейка в новых для него ситуациях, его реакцию на критику или на его отношение к окружающим. Возможно также, что Джек унаследовал от родителей ген или гены, влияющие на уровень его фонологического восприятия, то есть на его способность воспринимать и различать фонемы (т. е. отдельные звуки, из которых состоит речь) родного языка.

2. Эмоциональные влияния. Ключом к пониманию причин психических расстройств у таких детей, как Джейк, могут стать для нас не только особенности их мышления и поведения, но также и различные эмоциональные сигналы, заметить которые поначалу бывает не так-то просто. Эмоциональные проявления — это уникальная возможность заглянуть во внутренний мир Джейка, словно через окно, и прежде всего таким окном станет для нас его эмоциональная реакция на трудные задачи, одной из которых, несомненно, является чтение. Попробуем представить, каким может быть его состояние. Как только Джейк берется за домашнее задание или думает о предстоящем учебном дне, его охватывает страх, граничащий с паникой. Сердце начинает колотиться, дыхание учащается, а все мысли устремляются к немедленному поиску выхода из пугающей ситуации. Охваченный смятением и страхом, он еще менее способен сосредоточиться на занятиях.

Неспособность управлять эмоциями, в частности, волнением, тревогой и возбуждением, которые могут неожиданно проявиться в любой момент, — таков основной признак, характерный для случая Джейка, однако мы все еще не определили источник его проблем. Эмоциональные реакции, выражающиеся в успокоении или, напротив, проявлении беспокорства — это основной способ взаимодействия младенца и немного подросткового ребенка с внешним миром, а также способность регулировать эмоциональные реакции адаптивным образом является важнейшим фактором в установлении отношений между ребенком и окружающими (Emde & Spicer, 2000).

Собственные эмоциональные реакции могут быть для ребенка источником сильного стресса, и это вынуждает его искать способы уменьшения силы испытываемых эмоций.

Наиболее адаптивный способ — поиск помощи и утешения извне (т. е. у взрослых), возможность, благодаря которой ребенок постепенно вырабатывает и собственные способы управления эмоциями. В целом можно сказать, что отказ или боязнь Джейка идти в

школу вызваны его тревогой по поводу отсутствия матери (эти же эмоции он, вероятно, испытывал в более раннем возрасте), которая переросла в глобальное и острое чувство беспокойства (Bowby, 1973).

3. *Поведенческие и когнитивные влияния.* Джейк уже давно числится среди отстающих по чтению. Используя наши знания о принципах обучения, мы можем проанализировать сложившуюся ситуацию с точки зрения событий, порождающих у мальчика страх и стремление избежать стрессовых ситуаций и событий, поддерживающих в нем склонность к замкнутости, помогающей избежать болезненных переживаний. Хроническая неуспеваемость Джейка, возможно, является следствием дисциплинарных мер, которые применяются к нему в школе или дома — в частности, критики со стороны родителей или особого отношения к нему как к отстающему со стороны учителей.

Не вдаваясь в излишние подробности отрицательного опыта раннего детства, явившегося первоначальной причиной страха, развившегося у Джейка перед школой, используем по отношению к его случаю поведенческий подход. Мы попытаемся воздействовать на внешние факторы, исходящие от окружающей Джейка среды, такие как отношение родителей и учителей к его попыткам справиться со школьной программой, и посмотрим, как это отразится на его успеваемости и повлияет на его замкнутость.

При этом мы должны учитывать и другие особенности его школьного окружения, способствующие боязни Джейка перед школой, такие, например, как насмешки и неприятие со стороны одноклассников. Наблюдая за поведением Джейка в школе, мы сможем сузить круг возможных причин его страхов, выработать возможные гипотезы относительно источников его учебных проблем, и, что еще более важно — сможем найти возможные пути их решения.

Один из вариантов такого подхода — попытка изменить взаимные влияния поведения Джейка и его последствий — так, увеличение вероятности поощрения может повлиять на усилия, прикладываемые Джейком к выполнению заданий.

Важно также учитывать и когнитивные влияния, к которым относится интерпретация человеком происходящих с ним событий. Как рассматривает свое положение сам Джейк, и насколько точно его восприятие соответствует действительности? У тревожных детей часто вырабатывается система взглядов, усугубляющая неудачи и приводящая к выводу, что их непременно ждет поражение, независимо от затрачиваемых усилий (Greenberg, Lengua, Coie & Pinderhughes, 1999). Неудачи Джейка, касающиеся чтения и других областей, связанных со школой, вероятно, заставляют его опасаться появления в дальнейшем новых трудностей, связанных с учебой и общением с одноклассниками. Его собственные слова подтверждают это предположение: «И они хотят, чтобы я чему-то научился, когда сами считают меня тупым». «Я знаю, что не добьюсь ничего с такими мозгами. Мне противно думать о школе».

Естественно, такие мысли могут только усиливать его тревожность и желание избежать школы всеми возможными способами. Таким образом, его ожидания по поводу собственной успеваемости в значительной степени омрачены страхом перед неудачей и насмешками со стороны других школьников, и эта ситуация, безусловно, требует серьезного внимания. Высказывания детей о себе и другие проявления особенностей их мышления предоставляют нам уникальную возможность заглянуть в их внутренний мир и указывают пути решения детских проблем, которые мы могли бы упустить, наблюдая лишь за их поведением.

4. *Влияния со стороны семьи и социального окружения.* Наше понимание причин трудностей Джейка было бы неполным без учета влияний со стороны его семьи, сверстников, а также без учета более широкого социального контекста (S. B. Campbell, Shaw & Gilliom, 2000). Хотя первоначальной причиной неспособности Джейка к управлению эмоциями, вероятно, являлись взаимоотношения с родителями в пору раннего детства, рассмотрение его нынешних отношений с учителями, сверстниками и членами семьи может дать нам дополнительный материал для понимания сложившейся ситуации. Если говорить о контексте семьи, то возникает вопрос — насколько родители Джейка осознают его психологические особенности и проблемы, и способны ли они обучить его альтернативным стратегиям поведения? Мать возлагает на сына большие надежды, разумея при этом ту же жизнь с теми же проблемами (включая рабочие), что и у нее самой. И хотя она желает Джейку только добра, ее поведение, пусть и вполне понятное, само по себе ставит перед нами проблему. Ее красноречивое заявление: «Я читала о неспособности к обучению, и думаю, у него именно это», свидетельствует о непонимании ситуации и приписывании проблем исключительно Джейку. Из интервью с родителями Джейка сложилось впечатление, что они не готовы к рассмотрению других возможных объяснений ситуации. Более того, мать Джейка призналась, что она порой раздражается на сына и кричит на него. Какое действие это оказывает на неуверенность Джейка в себе и результаты его попыток справиться со страхом и волнением?

Все дети, а не только дети с особыми проблемами, нуждаются в чутком отношении родителей к их индивидуальным потребностям и способностям, что предполагает в том числе и наложение определенных рамок в процессе воспитания, способствующих развитию самоконтроля ребенка (McGroder, 2000). Авторитетные для Джейка взрослые как в кругу его семьи, так и в школе, не проявляют достаточной чуткости к его специфическим особенностям, поэтому неудивительно, что поведение Джейка становится все хуже. И наконец, для правильного развития ребенок нуждается в определенном уровне жизни, включающем позитивное социальное окружение, хорошую школу, здоровый образ жизни и полноценное питание, наличие друзей-сверстников и возможности поддерживать отношения со всеми членами семьи и родственниками, а также их социальным окружением. Эти возможности и потребности, лежащие в основе

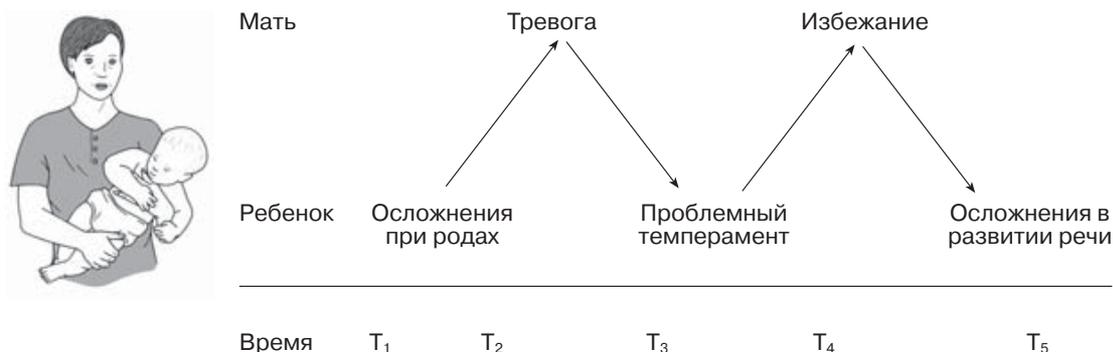


Рис. 2.1. «Удары по Джейку»: где мы должны вмешаться?

индивидуального развития каждого ребенка, могут стать особенно важными в том случае, если ребенок, скажем, растет в бедной семье или переживает развод родителей (Shaw, Winslow & Flanagan, 1999).

Наиболее важные для рассмотрения проблем Джейка факторы приведены на рис. 2.1. Хотя в действительности существует много различных «ударов по Джейку», которые мы должны принять во внимание, исследователи и психотерапевты обычно пытаются представить эту разветвленную сеть причин в несколько упрощенной наглядной форме, облегчающей оценку этих влияний и выбор адекватных методов вмешательства.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Случай Джейка хорошо иллюстрирует переплетение многих факторов, способствующих развитию психологических проблем у детей.
- Исследование причин поведенческих нарушений в детском возрасте предполагает теоретическое обоснование и рассмотрение биологических, психологических и социальных факторов.
- Биологические факторы включают, в числе прочих, генетические и нейробиологические влияния.
- К психологическим влияниям относятся поведенческие и когнитивные, а также влияния, связанные со сферой эмоций и взаимоотношений.
- К основным социальным факторам относятся типичные паттерны поведения в семье и культурные нормы.

РОЛЬ ТЕОРИИ

Определение того, что является патологией в контексте текущих процессов адаптации и развития ре-

бенка, и выявление наиболее вероятных причин обнаруженных нарушений — нелегкая задача. Изучение патологических нарушений поведения детей в отличие от взрослых требует значительно более серьезного внимания к специфике процессов развития, а также учета индивидуальных и средовых факторов, которые оказывают значительное влияние на особенности развития конкретного ребенка. Изучение нормального детского развития помогает нам глубже понять на теоретическом уровне природу психопатологии развития, и наоборот. Кроме того, простые линейные причинно-следственные связи встречаются в данной области крайне редко.

Как правило, клиническая практика начинается, как и исследовательская, с теоретического обоснования, являющегося базой для получения новой информации и выработки практических рекомендаций. В сущности, теория представляет собой научный язык, позволяющий наиболее эффективно суммировать и передавать имеющиеся знания. Теория дает нам возможность выдвигать более обоснованные предположения и прогнозы, касающиеся поведения индивида на основе имеющихся у нас знаний, тем самым помогая сделать следующий шаг — к проверке теоретических объяснений. Как карта с ее указателями и условными знаками помогает кладоискателю, теория дает нам ориентиры для поиска причин исследуемых явлений. Однако, для того чтобы воспользоваться теоретическими указаниями на практике, требуются знания, мастерство и опыт.

Четыре основных положения (перечисленных в 1-й главе) помогут нам практически применить к конкретному случаю наше определение и понимание сути поведенческой патологии. Первым из них является положение о важности параллельного изучения нормального и патологического развития, поскольку они теснейшим образом связаны друг с другом. Вторым — необходимость учитывать контекст при определении особенностей проявления и возможных результатов нарушений детского развития. В случае Джейка для нас было ценным выслушать его собственную точку зрения и узнать, что он чувствует давление как в школе, так и со стороны родителей. Третьим — важность понимания того, что поведение обуславливается множеством причин.

Лишь в редких случаях какое-либо единичное событие или фактор являются непосредственной причиной специфического нарушения; напротив, поведение является функцией многочисленных и взаимосвязанных событий и процессов, оказывающих влияние на развитие. И четвертое: характер развития ребенка, явившийся результатом этих многочисленных факторов, в свою очередь, оказывает обратное влияние на его окружение. Данная глава построена на этих фундаментальных положениях и дополняет их рассмотрением различных теоретических построений, которые помогут нам объяснить сложные взаимосвязи между возможными причинами и следствиями.

Вопросы развития

Мы уже констатировали наличие связей на уровне взаимодействия биологических предпосылок развития и влияний со стороны внешней среды. От этих взаимосвязей зависит успешная адаптация ребенка, а возможно, и его физическое выживание. И младенцы и более старшие дети чрезвычайно восприимчивы к сигналам, которые подают им близкие, и особенно чутко они реагируют на проявление безразличия. Внимательные и заботливые родители пробуждают в детях доверие к себе, что является основой для развития глубокой привязанности. И напротив, у ребенка может не развиться прочное чувство привязанности по отношению к родителям, недостаточно чутким к его потребностям и не уделяющим ему должного внимания, что в дальнейшем может серьезно сказаться на формировании личности ребенка и его способности регулировать взаимоотношения с другими людьми. Иными словами, развитие прочных взаимоотношений и привязанности к кому-либо из родителей или других заботящихся о ребенке взрослых так же важно для его нормального развития, как обучение ходьбе или речи. Если у ребенка сложились стабильные и близкие взаимоотношения с объектом привязанности, ему будет легче управлять эмоциями и справляться со стрессом. Напротив, отсутствие таких отношений может явиться почвой для различных психических нарушений, связанных со стрессом.

Несмотря на то, что проявления детской психопатологии отличаются чрезвычайно большим разнообразием причин и симптомов, все они имеют общую основу: патологические нарушения указывают на сбой в процессе адаптации, имевшие место на одной или нескольких стадиях развития (Rutter & Scoufe, 2000).

Сбой в процессе адаптации — неспособность к выработке или овладению навыками, знаменующими начало новой стадии развития. Иными словами, дети с психологическими нарушениями имеют те или иные отклонения от нормального уровня развития своих сверстников. Повторяем, что такие сбои или отклонения, как правило, являются следствием не одной причины, а результатом сложного и длительного взаимодействия внутренних процессов индивидуального развития и внешних условий.

Взаимодействие причин и следствий, связанных с нарушениями поведения у детей, — это долговременный и динамический процесс, по этой причине анализ его включает в себе значительные трудности. Отнесение отдельного явления, такого как, например, трудности Джейка, связанные с чтением, к разряду причин или следствий какого-либо специфического нарушения, как правило, является отражением уже обозначенной точки зрения на проблему. В случае Джейка отставание в овладении навыками чтения может рассматриваться как самостоятельная проблема (т. е. как нарушения, связанные с процессом обучения чтению), либо как причина других трудностей Джейка (например, отсутствие четких учебных навыков или оппозиционное поведение), либо как результат других нарушений или внешних факторов, таких как проблемы в сфере общения.

Взгляд с точки зрения психопатологии развития

Психопатология развития — подход к описанию и изучению психологических нарушений в детском и подростковом возрасте, при котором особое значение придается важности основных процессов развития ребенка и связанных с ними задач. Данный подход предполагает использование знаний о патологическом развитии с целью более глубокого понимания особенностей нормального развития и наоборот (Lewis, 2000; Rutter & Scoufe, 2000), а также служит базовой схемой для организации исследований в области детской психопатологии, связанных с изучением основных этапов детского развития и составляющих его физических, когнитивных, социоэмоциональных и учебных процессов. Таким образом, в психопатологии развития придается особое значение процессам развития, роли контекста и влияниям разнообразных взаимосвязанных факторов, участвующих в формировании как адаптивного, так и неадаптивного развития.

Мы будем придерживаться данного подхода в качестве отправной точки при описании динамических многомерных процессов, приводящих к тем или иным патологическим отклонениям в развитии (Mash & Dozois, 1996).

В сущности, с точки зрения психопатологии развития, есть возможность интеграции различных подходов, сконцентрированных вокруг наиболее значимых вопросов и явлений. По этой причине ее обычно рассматривают как **макропарадигму** (где «макро» означает «глобальная», а «парадигма» — свод основных положений, используемый при изучении феномена), служащую для организации различных теорий, используемых по отношению к специфическим подмножествам переменных, а также методам их исследования и способу их объяснения (Lutar, Burack & Cichetti, 1997). Схема, приведенная на рис. 2.2, иллюстрирует взаимоотношения психопатологии развития, рассматриваемой в качестве макропарадигмы, со связанными с ней микропарадигмами и теориями. Психопатология развития не подменяет собой конкретные теории, а скорее служит для при-

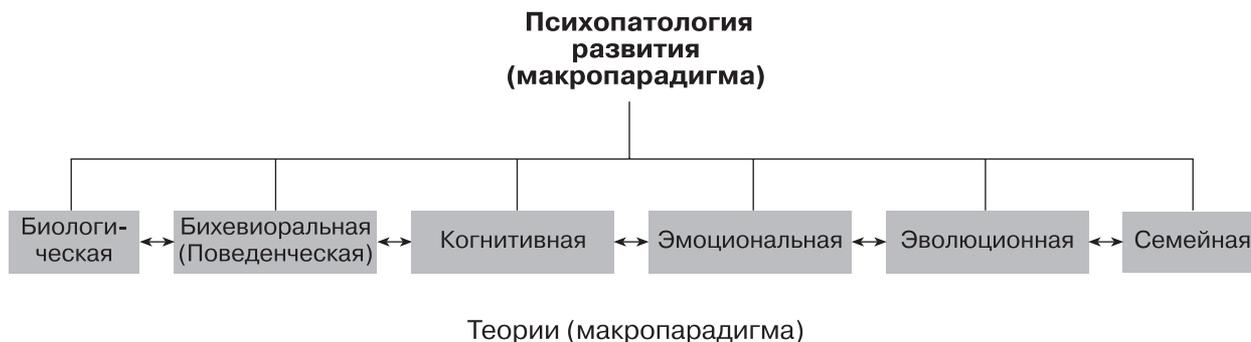


Рис. 2.2. Психопатология развития как макропарадигма (источник: Achenbach, 1990).

влечения внимания к связям между явлениями, которые в противном случае могли бы быть упущены из вида (Achenbach, 1990).

Основной принцип психопатологии развития гласит, что для адекватного понимания неадаптивного поведения необходимо рассматривать его по отношению к тому, что является нормой для соответствующего периода развития (Cicchetti & Sroufe, 2000). Главная задача этого направления — всестороннее изучение процессов развития и их проявлений, таких как, например, уровень владения языком или отношения со сверстниками. Изучение происходит путем сопоставления крайних случаев и различных вариаций, представляющих собой результаты изучаемых процессов развития (Cicchetti & Richetrs, 1993). Тем самым психопатология развития подчеркивает степень сложности семейных, социальных и культурных факторов и их значение для понимания и предсказания изменений, связанных с развитием. При этом используются данные разных научных дисциплин, таких как психология, психиатрия, социология и нейробиология, которые интегрируются в рамках общих положений психопатологии развития. Использование на протяжении всей книги данного подхода позволит нам рассмотреть проблему с точки зрения развития, и тем самым изучить в новом измерении психические нарушения, включенные в DSM-IV-TR.

Сущность взгляда, с точки зрения психопатологии развития, предполагает изменение и реорганизацию фундаментальных аспектов биологических и поведенческих систем (Rutter & Sroufe, 2000; Sroufe & Rutter, 1984). При этом в центре внимания находятся психологические процессы, объясняющие взаимное влияние этих систем. Чтобы понять нарушения психического развития, мы можем сосредоточиться либо на некоторых, либо на всех аспектах этого организованного процесса. С точки зрения **организации развития**, адаптационные паттерны, присущие раннему возрасту, к которым относятся младенческий контакт глаз и произносимые ребенком звуки речи, со временем развиваются и трансформируются в высокоорганизованные функции, такие как владение речью и языком в целом (E. A. Carlson & Sroufe, 1995). Иными словами, первичные адаптационные паттерны инкорпорируются в ходе последо-

вательных реорганизаций на более поздних стадиях развития в более развитые структуры поведения, аналогично тому, как маленький ребенок обучается произносить определенные звуки речи, прежде чем у него развивается способность к использованию языка.

С организационной точки зрения, развитие представляет собой активный динамический процесс, предполагающий постоянные изменения и трансформации. По мере того, как биологически заложенные в ребенке способности все более полно проявляются на каждой новой стадии развития, они вступают во взаимодействие с факторами окружающей среды, тем самым направляя снова и снова процесс развития в иное русло (Embe & Spicer 2000). Поскольку развитие является организованным процессом, рассмотрение сенситивных периодов имеет важное значение при обсуждении вопросов нормального и патологического детского поведения.

Сенситивные периоды — это временные интервалы, на протяжении которых роль влияний внешней среды на развитие ребенка — как позитивных, так и негативных — существенно возрастает (Bornstein, 1989). В частности, младенцы крайне сенситивны



Развитие ребенка представляет собой организованный процесс, поддерживаемый благодаря положительному опыту его отношений с родителями.

(восприимчивы) к проявлениям эмоций со стороны близких и физическому контакту с ними, что способствует развитию прочной привязанности к этим людям. Малыши постарше чувствительны к основным звукам речи, что помогает им распознавать эти звуки и составлять из них слова. Чувствительные периоды представляют собой благоприятную, хотя не единственную возможность для обучения детей — ребенок способен к обучению и на других стадиях развития. Итак, развитие человека предполагает процесс все большей дифференциации и интеграции, подобно разветвлению сети дорог по отношению к прямой трассе.

Изменения — типичные и нетипичные. Рисунок 2.3 содержит краткую характеристику основных стадий развития в соответствии с возрастом. Здесь приводятся примеры действий и навыков, которыми должен овладеть нормально развитый ребенок на определенной стадии развития, а также отклонения в поведении, наиболее характерные для данной возрастной группы,

и психические нарушения, которые, как правило, наиболее ярко проявляются на рассматриваемой стадии развития. Хотя общая схема последовательности этих стадий, прослеживаемая по ряду важных показателей, дает нам полезную информацию, на которую мы будем опираться в дальнейшем, мы должны помнить и о том, что разбиение процесса развития на стадии в соответствии с календарным возрастом является условным, так как развитие — непрерывный процесс. Возможно, во время чтения последующих глав вы еще не раз будете обращаться к данной таблице, чтобы сориентироваться в — нормальности или патологичности описываемых случаев.

Поскольку мы лишь в редких случаях можем определить единственную или первоначальную причину тех или иных психических нарушений, мы должны стремиться рассмотреть влияние различных биологических или средовых факторов в чистом виде, хотя важно помнить, что они приводят к появлению специфических форм поведения в результате взаимодействия. Данная задача требует от нас тонкого

Приблизительный возраст	Нормальные достижения	Типичные поведенческие проблемы	Психические нарушения
0–2 года 	питание, сон, привязанности	упрямство, раздражительность, трудности с приучением к туалету	умственная отсталость, нарушения, связанные с питанием, аутизм
2–5 лет 	овладение речью, привычка к туалету, навыки самообслуживания, самоконтроль, отношения со сверстниками	дух противоречия, требование к себе внимания, непослушание, страхи, гиперактивность, нежелание ложиться спать вовремя	Нарушения в овладении речью и языком, проблемы, являющиеся следствием грубого обращения или недостатка внимания, некоторые тревожные расстройства, в частности, фобии
6–11 лет 	появление учебных навыков и усвоение школьных правил поведения, игры, основанные на правилах, простые проявления личной ответственности	дух противоречия, неспособность к концентрации, застенчивость, демонстративность поведения	гиперкинетическое расстройство, проблемы с обучением, отказ ходить в школу, дисциплинарные трудности
12–20 лет 	отношения с противоположным полом, самоопределение, начало самостоятельной жизни, рост личной ответственности	дух противоречия, хвастовство	анорексия, булимия, преступность, суицидные попытки, употребление наркотиков и алкоголя, шизофрения, депрессия

Рис. 2.3. Общая характеристика стадий развития (источник: Achenbach, 1982).

восприятия и анализа непрерывных и дискретных процессов развития, различных сценариев развития, параллельно существующих условий среды и рассмотрения изучаемых нами форм поведения в более широком социальном контексте.

Наша попытка разобраться в, казалось бы, бесконечном многообразии возможных причин детского патологического развития облегчается благодаря тому факту, что развитие ребенка как нормальное, так и патологическое, в целом является *иерархически организованным* процессом (E. A. Carlson & Sroufe, 1995; Sameoff, 2000). Проще говоря, это означает, что умения и недостатки в развитии навыков, наблюдаемые у ребенка в данный момент, являются следствием его предыдущих достижений, точно так же, как ваш прогресс в изучении тригонометрии или интегрального исчисления зависит от уровня овладения вами основами математики, которую изучают в начальной школе. В свою очередь, развитие тех или иных способностей, а также проблемы в адаптации, влияют на успешность дальнейшего развития детей. Изучение детских поведенческих нарушений с точки зрения развития, в частности — психопатологии развития, позволяет нам глубже осознать интерактивную и эволюционную природу возможностей и трудностей ребенка.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Теория дает нам возможность выдвигать обоснованные предположения и делать прогнозы, касающиеся поведения индивида, на основе имеющихся знаний, и осуществлять проверку этих теоретических предположений на практике.
- Теория психопатологии развития обеспечивает базовую схему для организации исследований в области детской психопатологии, связанных с изучением основных этапов детского развития и составляющих его физических, когнитивных, социоэмоциональных и учебных процессов.
- Развитие ребенка является системой — это означает, что первичные адаптационные паттерны со временем развиваются и трансформируются в высокоорганизованные функции, и этот процесс является структурированным и предсказуемым.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Чтобы стать настоящим философом, необходимо перестать ненавидеть образ мыслей другого.
Вильям Джеймс, 1842–1910

С тех самых пор, как Фрейд в начале XX в. сформулировал свои идеи, мы предполагаем, что некото-

рые дети могут быть предрасположены к развитию психологических нарушений или проблем адаптации, что является следствием негативного влияния неблагоприятного раннего опыта. Однако определение того, является ли процесс развития изначально заданным либо адаптация может осуществляться с течением времени, является непростой задачей. Нам следует сформировать определенную теорию и настойчиво стремиться к проверке ее положений применительно к развитию детей как с различными нарушениями, так и без них.

Изучение **этиологии**, или причин и развития детских расстройств, предполагает изучение того, как биологические, психологические и средовые процессы взаимодействуют, что приводит к результатам, наблюдаемым спустя какое-то время. Исследования биологических детерминантов сосредоточены на таких возможных причинах, как структурное повреждение или дисфункция головного мозга, нейротрансмиссерный дисбаланс и генетические влияния, тогда как психологические и средовые модели акцентируют внимание на роли неблагоприятных влияний среды, социокультурном контексте, дисциплинарной практике, раннем опыте, возможностях научения и семейных системах. Хотя эти факторы часто описывают как возможные «причины», в действительности они являются, главным образом, факторами риска и коррелятами, которые связаны с определенными расстройствами — их причинная роль не всегда ясна.

Предлагалось множество теоретических моделей для объяснения и лечения психических расстройств у детей, хотя многие из теорий не были обоснованы или даже проверены (Kazdin, 2000). До недавнего времени большинство моделей основывалось на достаточно узких объяснениях, которые не учитывали обширный круг различных влияний и их взаимодействия. Подобные одномерные модели не описывают комплексный характер патологического поведения ребенка, который на сегодняшний день становится все более очевидным (Kazdin & Kagan, 1994). Альтернативой одномерным объяснениям является, само собой, комплексный подход. Он основывается на изучении множества причин, разнообразно взаимодействующих и влияющих на нормальное и патологическое развитие. Если помнить об этом основополагающем аспекте множественности, взаимодействующие причины помогут понять комплексный характер каждого расстройства, описываемого в этой книге.

Даже модели, учитывающие несколько важных причин какого-либо расстройства, иногда ограничены пределами одной дисциплины или строгой ориентацией исследования. К примеру, биологические объяснения делают акцент на генетических мутациях, нейроанатомии и нейробиологических механизмах как на факторах, способствующих возникновению психопатологии. Аналогичным образом, психологические объяснения акцентируют внимание на таких причинных факторах, как предшествующее избыточное, неадекватное или неадаптивное подкрепление и/или научение. Биологическая и психологическая модели являются и многопричинными,

и дифференциальными с точки зрения относительной значимости, которую каждая придает определенным событиям и процессам, однако опять-таки каждая ограничена в своей способности объяснить патологическое поведение, поскольку не включает в себя важные компоненты других моделей. К счастью, подобные отраслевые границы постепенно стираются, по мере того как исследователи начинают принимать во внимание важные переменные, вытекающие из смежных моделей. Например, биологические влияния часто принимаются во внимание при объяснении взаимодействия психологических факторов, таких как поведение или когнитивная способность, приводящих к возникновению психического расстройства (Reiss & Neiderhiser, 2000).

Исходные установки

Ценность теории заключается не только в указании на уже существующие ответы, но также в постановке новых вопросов и возможности взглянуть на знакомые проблемы с новых точек зрения. И теория, и исследования, и практика в детской психологии требуют понимания установок, лежащих в основе работы в данной области. Давайте рассмотрим три главные установки и то, как они формируют наш подход к детской психологии.

Множественная обусловленность патологического развития. Первая установка состоит в том, что патологическое поведение ребенка обусловлено *множеством причин*. Руководствуясь этим утверждением, мы должны выйти за рамки изучения наблюдаемых симптомов расстройства и рассмотреть возможные пути развития нарушений и взаимодействующие события, которые в совокупности вызывают проявление конкретного расстройства.

Давайте вернемся к трудностям Джейка, чтобы проиллюстрировать первую установку. Один из возможных взглядов на эти трудности — это объяснение их отсутствием мотивации. Хотя это объяснение выглядит логичным, такая одномерная причинная модель, выводящая трудности Джейка в овладении навыками чтения из одной исходной причины, является упрощенной. Хотя научный метод предполагает необходимость сведения переменных к наиболее важным, фокусировка на одном объяснении (таком как отсутствие мотивации) вместо выявления и учета нескольких возможных объяснений (таких как генетические факторы, история раннего развития и проблемы в общении со сверстниками) отнимает у нас возможность принять во внимание пути развития (см. главу 1). Конкретная проблема или расстройства могут быть вызваны множеством причин, а наличие схожих факторов риска может приводить к совершенно разным результатам.

Другой взгляд на трудности Джейка — тот, который мы считаем наиболее верным, — принимает во внимание *множество параметров*, таких как характер развития и способности мальчика, его домашнюю и школьную среду, а также постоянное, динамическое взаимодействие этих факторов. Подходя к

проблеме Джейка с такой многомерной позиции, мы должны сначала оценить его способности на сегодняшний день, используя все возможные источники данных, связанные с его поведением и деятельностью в разных ситуациях. Даже если бы нас интересовали только его способности к чтению, нам пришлось бы рассмотреть широкий круг характеристик, помимо тех, которые, согласно нашему первоначальному предположению, являются признаками наличия проблем в овладении навыками чтения. В противном случае наши изыскания в области исключительно навыков чтения могут помешать нам принять во внимание другие объяснения трудностей мальчика. Не могли ли повлиять на сосредоточенность или самооценку Джейка критические замечания и окрики матери? Способен ли Джейк, так же как его сверстники, распознавать звуки речи в процессе чтения? Вот некоторые из вопросов, на которые нам было бы желательно ответить путем тщательного наблюдения и оценки, используя направляемую теорией стратегию принятия решений.

Ребенок и среда взаимозависимы. Наша вторая установка расширяет область влияния множества причин на ход развития, подчеркивая **взаимозависимость** ребенка и среды. Такая установка уводит нас от традиции рассматривать лишь влияние среды на ребенка и забывать при этом об обратном влиянии, то есть влиянии ребенка на окружающую его среду. Проще говоря, изучение этой взаимозависимости позволяет оценивать влияние природы и воспитания, результаты этих влияний и их взаимосвязь (Sameroff, 1995). Таким образом, мы постулируем, что разные дети вызывают различные реакции среды, а разные среды, например дом или школа, соответственно вызывают различные реакции у ребенка. Это динамическое взаимодействие ребенка и среды называют **транзакцией** (Sameroff, 2000); то есть проявлением расстройства способствуют как личные параметры ребенка, так и среда, его окружающая, и при этом одно влияние очень нелегко отделить от другого.

Транзактивный подход рассматривает и ребенка, и среду как *активных агентов* адаптивного и неадаптивного поведения. Люди, знакомые с воспитанием детей не понаслышке — родители, учителя, работники детских садов и т. д., — согласились бы, что такой подход вполне оправдан: дети воздействуют на среду, а среда воздействует на них, как это имело место в случае Джейка. Согласно этой транзактивной позиции, детские психические расстройства не вызваны исключительно внутренними процессами, как и не являются следствием исключительно внешних причин. Чаще всего их вызывает сочетание обоих факторов, взаимодействующих в соответствии с общим законом нормального развития. Во врезке 2.1 приведен возможный вариант протекания транзактивного процесса.

Несмотря на то что транзактивный подход учитывает общие принципы развития, характерные для всех детей, он также восприимчив к уникальным индивидуальным характеристикам, скажем, семье ребенка или его биологической конституции, и вли-

КРУПНЫМ

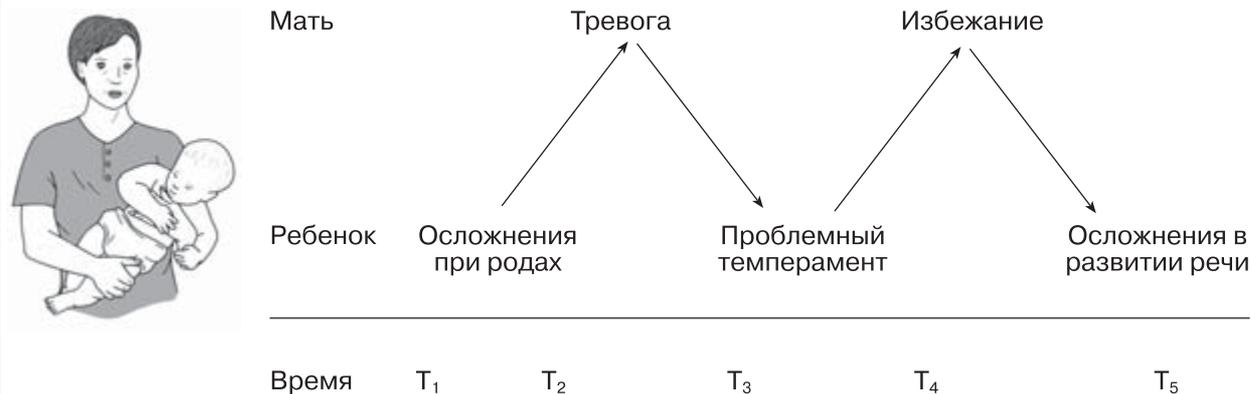
ПЛАНОМ

Врезка 2.1

Объяснение причин:
все не так просто

Рассмотрим, каким образом задержка в речевом развитии может быть следствием долговременного взаимодействия ребенка и среды, как это показано на рисунке. Осложненные роды могли заставить потенциально спокойную мать волноваться по поводу ее новой роли и здоровья ребенка. Тревога матери в первые несколько месяцев жизни ребенка могла негативно отразиться на ее отношении к младенцу. В ответ на подобные неблагоприятные изменения у младенца могли возникнуть нарушения сна или питания, которые, в свою очередь, привели к появлению проблемного темперамента. Из-за развития проблемного темперамента младенец доставляет матери меньше радости, в результате она проводит с ним меньше времени. Если родители недостаточно активно общаются с ребенком и особенно если они не говорят с ним четко и правильно, малыш начинает отставать в речевом развитии, что приводит к обозначенному диагнозу.

Что же вызвало задержку в развитии речи у ребенка? Осложненные роды, тревожность матери, проблемный темперамент ребенка или недостатки в общении матери и ребенка? Слишком часто мы выбираем причину, которая ближе по времени к моменту обнаружения расстройства (каковой, в данном случае, является избегание матерью ребенка), но такой подход определенно упрощает сложную последовательность развития. С точки зрения профилактики и раннего вмешательства, усилия по оказанию помощи этой матери и ее ребенку могут быть приложены к любой из точек этой последовательности, и принесут при этом определенную пользу. Однако, чтобы быть максимально полезным, вмешательство должно учитывать не только текущие проблемы, но и историю их развития.



Трансактные процессы, ведущие от осложнений при родах к задержке в речевом развитии (Sameroff, 1995).

яющим на типовые результаты процессов развития. Ознакомление с подобными отклонениями от нормы и является целью данного учебника.

Патологическое развитие предполагает непрерывность и дискретность. Задумайтесь на мгновение о том, по каким причинам многочисленные трудности Джейка могли появиться и как они могли измениться или даже исчезнуть со временем. Могли ли эти известные нам проблемы быть связаны с предшествующими трудностями, скажем, в чтении? Отличаются ли качественно его нынешние проблемы от тех, с которыми он сталкивался раньше, и нужно ли в связи с этим обращать особое внимание на их связь с избеганием школы и отказом от выполнения домашних заданий?

Немногие психические расстройства или нарушения возникают внезапно, по крайней мере, без опре-

деленных ранних признаков или очевидных связей с более ранними проблемами развития. К примеру, мы наблюдаем эту связь в расстройстве поведения, проявляющемся и отмечаемом окружающими у ребенка в раннем возрасте, и продолжающемся затем в той или иной форме в подростковом возрасте и в юности (Loeber et al., 2000). При этом крайне важен вопрос, являются ли определенные формы патологического развития ребенка непрерывными или дискретными на протяжении детства, юности и, возможно, зрелости, проявляясь либо последовательно, либо в трансформированном виде (Rutter & Sroufe, 2000; S. B. Campbell et al., 2000).

Непрерывность предполагает, что изменения в развитии носят постепенный и количественный характер, так что будущие паттерны поведения могут быть предсказаны на основании предшествующих паттернов. Напротив, **дискретность** подразумевает, что изменения в развитии носят резкий и качествен-

ный характер, а предшествующие паттерны плохо предсказывают последующее поведение. Возьмем в качестве примера дошкольника, который проявляет агрессию по отношению к сверстникам. Каким, на ваш взгляд, этот ребенок будет через 10 лет? Согласно теории непрерывности, велика вероятность, что в юности и зрелости он продемонстрирует асоциальное или делинквентное поведение. То есть паттерн проблемного поведения (в данном случае физическая агрессия) окажется непрерывным, сохраняясь в разные периоды развития, но изменяясь по форме и интенсивности (т. е. задирание сверстника может превратиться в удары кулаком или каким-то предметом). Важно отметить, что непрерывность относится к сохранению во времени *паттернов поведения*, а не специфических симптомов. Непрерывность хорошо подтверждается в случае расстройств поведения, начинающихся в раннем возрасте и с большой вероятностью перерастающих впоследствии в серьезные антисоциальные действия (Moffitt & Caspi, в периодике; Nagin & Tremblay, 1999).

По-видимому, другие модели проблемного поведения, такие как расстройства аппетита, следуют более дискретному паттерну; они возникают более внезапно и без явных предупреждающих сигналов. В этих случаях мы можем назвать немного надежных поведенческих предвестников того, что конкретный ребенок начнет отказываться от пищи или очищать кишечник в ранней юности (см. главу 13 «Расстройства питания и родственные заболевания»). Иногда дискретность может объяснять неожиданный или нетипичный результат предшествующего поведения, например, в случае, когда ребенок, нормально развивавшийся примерно до 18-месячного возраста, перестает говорить и активно общаться с окружающими (характеристики аутизма). В подобных обстоятельствах связь между ранним и поздним паттернами, очевидно, отличается дискретностью, весьма озадачивая родителей.

Как мы увидим при обсуждении всех расстройств, на непрерывность и дискретность развития могут влиять позитивные факторы, такие как индивидуальная компетентность или социальное вмешательство (Masten & Curtis, 2000), и негативные факторы, такие как бедность или дискриминация (Rutter, 2000b). Возвращаясь к Джейку, мы задаемся вопросом, какие из его паттернов поведения (если таковые были) являлись непрерывными, а какие выглядели дискретными?

Подобно многим проблемам в области детской патопсихологии, текущему паттерну поведения Джейка присущи *как* непрерывность, *так и* дискретность. Некоторые из его неприятностей, например, неприязнь к школе и нежелание выполнять домашние задания, по-видимому, качественно отличаются (оторваны) от его трудностей в овладении навыками чтения. Другие особенности его поведения, например, медленное чтение и восприятие, видимо, вытекают из предшествующих проблем в обучении.

Помните, что понятия непрерывности и дискретности относятся к описанию и патологического, и

нормального развития. Однако даже при наличии заметных колебаний в проявлении нарушений с течением времени, дети демонстрируют определенную степень последовательности в том, как они систематизируют собственный опыт и взаимодействуют со средой, независимо от того, является она адаптивной или нет (Rutter & Sroufe, 2000; Waters, Weinfield & Hamilton, 2000). Степень непрерывности или дискретности будет варьироваться как функция изменяющихся внешних обстоятельств и трансакций между ребенком и средой. Эти непрерывные изменения будут, в свою очередь, влиять на характер и направление развития ребенка.

Одним словом, основная идея состоит в том, что детскую патопсихологию следует рассматривать в связи с множественными, взаимозависимыми причинами и серьезными изменениями в развитии, наблюдаемыми у конкретного ребенка. До недавнего времени часто недооценивалась связь онтогенетических аспектов патологического поведения детей с их поведенческими и эмоциональными трудностями (Achenbach, 2000). Чтобы устранить это упущение, мы на протяжении всей книги обсуждаем онтогенетические вопросы (вопросы развития), относящиеся к характеру, симптомам и протеканию каждого расстройства.

Интегративный подход

Как нам осмыслить многочисленные внешние и внутриличностные факторы, влияющие на поведение ребенка? Поскольку никакая одномерная теоретическая трактовка не может объяснить разнообразие паттерны поведения и расстройств, нам необходимо познакомиться с множеством различных теорий и концептуальных моделей, каждая из которых поможет нам решить вопросы, касающиеся нормального и патологического поведения людей.

С течением времени основные теории детской патопсихологии стали вполне совместимы. Каждая теория предлагает не какую-то антагонистическую точку зрения, а рассматривает одну или несколько частей загадки, которую представляет собой поведение людей. По мере того, как найденные части соединяют друг с другом, картина конкретного расстройства, наблюдаемого у ребенка или подростка, становится все более ясной. Психологические теории — это лишь средства изучения поведения; чем больше вы узнаете о том, что достигается и что не достигается этими средствами, тем выше становится ваша информированность и квалификация. Помните, что ни одна интегративная теория полностью не охватывает многообразие взглядов и результатов, представленных в современных исследованиях в области детской патопсихологии.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Основной идеей текста является утверждение важности рассмотрения множества взаимодействующих причин патологического поведения в совокупности с серьезными онтогенетическими изменениями.

- Указаны три исходные установки, касающиеся патологического развития: во-первых, оно обусловлено множеством причин, во-вторых, ребенок и среда взаимозависимы и, наконец, в-третьих, патологическое развитие предполагает и непрерывность и дискретность паттернов поведения на протяжении интересующего нас промежутка времени.
- Комплексность патологического детского поведения требует рассмотрения всего спектра биологических, психологических и экологических факторов, которые влияют на развитие детей.

Теперь мы переходим к трем основным точкам зрения на патологическое развитие ребенка: (1) биологической точке зрения, предполагающей анализ как генетических, так и нейробиологических факторов, которые часто определяются при рождении или вскоре после него; (2) психологической точке зрения, обращенной к эмоциям, отношениям и мыслительным процессам; и (3) точке зрения, происходящей из изучения семейных и социальных влияний, которые наделяют нормальное и патологическое развитие дополнительными характеристиками.

ВЗГЛЯД С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ БИОЛОГИИ

Если говорить в общем, нейробиологический взгляд на проблему предполагает выдвижение в качестве основополагающих причин психических расстройств определенное функционирование головного мозга и нервной системы. Биологические влияния на развитие головного мозга очень маленьких детей включают в себя генетические и конституциональные факторы, нейроанатомию и скорость созревания. На разные отделы мозга сильно влияет доступность многочисленных биохимических веществ и нейрого르몬ов, которые взаимодействуют, что скрывается на психическом опыте индивида (Cicchetti & Cannon, 1999). Этот процесс зависит от факторов среды, которые задают или изменяют направление процессов, непрерывно происходящих в головном мозге. Помните, что нейробиологический подход признает важность влияний среды.

Развивающийся мозг долгое время оставался загадкой, но тайны его постепенно раскрываются. Изучение биологических влияний начинается с удивительного процесса роста и дифференциации нервной ткани. В период беременности головной мозг плода развивается от нескольких универсальных клеток до сложного органа, состоящего из миллиардов специализированных, взаимосвязанных нейронов (Nowakowski & Hayes, 1999). Поражают скорость и расстояние, с которой и на которое перемещаются эти развивающиеся нейроны, по мере того как они, множась, формируют разнообразные структуры и функции головного мозга, такие как ствол моз-

га, управляющий сердцебиением и дыханием; мозжечок, контролирующий положение и движение тела; и кору, где зарождаются мышление и восприятие.

Эмбриональное развитие порождает первичное изобилие нейронов, с различным состоянием связанности синапсов (Innocenti, 1982). Сначала эти клетки в основном не дифференцированы, но когда они достигают места назначения, они превращаются в нейроны с аксонами, которые передают электрические сигналы к другим частям головного мозга. Эти связи аксонов, или синапсы, формируют контуры мозга и закладывают основу для дальнейшего роста и дифференциации. Примечательно, что основные пути, вдоль которых перемещаются аксоны, чтобы образовать связи, определяются генами, но, чтобы достичь конкретных клеток-мишеней, аксоны следуют химическим ориентирам, расположенным на пути и указывающим направление к различным целям.

К пятому месяцу беременности большинство аксонов достигает основного места назначения, хотя количество аксонов намного превышает то, которое могут разместить клетки-мишени. Поэтому в период младенчества синапсы продолжают множиться; затем избирательный отсев приводит к уменьшению количества связей, постепенно формируя и дифференцируя важные функции головного мозга (Derryberry & Reed, 1994). Нервная система как бы готовит себя к новому росту и требованиям, высылая подкрепление, а затем производя сокращение в тот момент, когда среда дает сигнал о получении всего необходимого. На протяжении всей жизни мы проходим через циклы, сокращающие разрыв между структурой и функцией. На уровне нервной системы микроанатомия головного мозга постоянно видоизменяется в соответствии с запросами и требованиями меняющегося мира (С. А. Nelson & Bloom, 1997). Подобно процессу стрижки деревьев, этот процесс способствует здоровому росту разных областей мозга, в соответствии с индивидуальными потребностями и запросами среды, и устраняет связи, которые ограничивают этот рост.

Насколько устойчивы ранние связи, возникающие, когда развитие мозга следует определенным предсказуемым курсом? Этот вопрос волнует многих родителей и ученых, порождая различные теории. К примеру, если вероятность того, что ранние функции мозга претерпят изменения, невелика, то ранний опыт задает направление развитию на всю жизнь — теория, схожая с теорией Фрейда в том, что ядро личности закладывается в раннем возрасте. Вопреки этой теории, сегодня ученые считают, что функции головного мозга претерпевают постоянные изменения, по мере того как они приспосабливаются к требованиям среды.

Нервная пластичность и значение опыта

Многие ранние нервные связи нестабильны; некоторые укрепляются и становятся более устойчи-

выми благодаря частому использованию, тогда как другие регрессируют или исчезают. Таким образом, ответ на вопрос о постоянстве ранних связей сводится к следующему: головной мозг отличается нервной пластичностью, или податливостью, на протяжении всего курса развития (Reiss & Neiderhiser, 2000). **Нервная пластичность** — это следствие зависимости анатомической дифференциации мозга от его функционирования. Природа обеспечивает базовые процессы, тогда как воспитание обеспечивает опыт, необходимый для отбора наиболее адаптивной сети связей, основанной на их функциональности (Cicchetti & Cannon, 1999). Поистине изумляешься тому, как природа и воспитание действуют сообща, формируя подобные высокоспецифичные, исключительно адаптивные функции центральной нервной системы (ЦНС).

Представьте себе развивающийся мозг как некую прогрессирующую систему, такую, для которой среда играет существенную роль в качестве руководителя ее постоянной динамичной перестройки (Thatcher, 1994). Фактически, внешний опыт теперь признается решающим фактором дифференциации самой ткани мозга. Хотя у природы имеется определенный план формирования человеческого мозга и ЦНС, возможности и ограничения, предлагаемые средой, с самого начала влияют на этот план заметным образом. Таким образом, для объяснения нормального и патологического развития необходима транзактная модель. Поскольку структура головного мозга ребенка остается на удивление податливой в течение месяцев и даже нескольких лет после рождения, происходит транзакция между продолжающимся развитием мозга и внешним опытом; одной природы или воспитания недостаточно, чтобы объяснить всю сложность структур и функций развивающегося мозга.

Разумеется, опыт приходит в самых разных формах и объеме. В качестве опыта значимы детские болезни и питание, а также дурное обращение и не адекватный потребностям ребенка уход. Ранний опыт, связанный с уходом за детьми, играет особенно важную роль в формировании частей головного мозга, отвечающих за эмоции, формирование личности и поведение (Sameroff, 1993). Например, привязанность детей к опекунам может наилучшим образом развить их способность к обучению и преодолению стресса (E. Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000), тогда как жестокое обращение и безразличие со стороны родителей могут настроить мозг на непреходящую схватку со стрессом или борьбу за формирование здоровых отношений (D. A. Wolfe, Wekerle, Reitzel-Jaffe & Lefbevre, 1998).

Созревание головного мозга — это организованный, иерархический процесс, который основывается на более ранних процессах, причем структуры мозга перестраиваются и растут на протяжении всей жизни (Plomin & Rutter, 1998). Простейшие области мозга созревают первыми, в течение первых 3 лет жизни; а значит, именно эти отделы мозга, управляющие базовыми сенсорными и моторными навыками, подвергаются значительной перестройке с само-

го раннего возраста. Кроме того, эти перцептивные центры — наряду с инстинктивными, такими как лимбическая система, — подвергаются сильному влиянию раннего детского опыта и закладывают основу для дальнейшего развития ребенка (Thatcher, 1994). Лобная кора, которая отвечает за планирование и принятие решений, и мозжечок, центр моторных навыков, не трансформируются, пока ребенку не исполнится 5–7 лет. Еще одна серьезная реструктуризация мозга происходит в возрасте 9–11 лет. Таким образом, очевидно, что мозг не перестает меняться и после третьего года жизни. В случае некоторых функций каналы, в границах которых осуществляются влияния, в этом возрасте только начинают закрываться, в то время как в других случаях они только-только открываются в это же время (Fox, Calkins & Bell, 1994). Функции нашего мозга обновляются на протяжении всей жизни, а реструктуризация является естественным побочным продуктом созревания.

Понятно, что в ходе этого развития и дифференциации мозга многое может происходить не так, как следует, а это означает изменение формирования или взаимосвязи нейронов. Как правило, нарушения, возникающие в раннем возрасте, генетически связаны с более тяжелыми органическими расстройствами и дефектами ЦНС. Меры предосторожности, такие как должный пренатальный уход, правильное питание матери и отказ от вредных веществ, могут сделать очень многое для уменьшения риска возникновения подобных осложнений и неизлечимых заболеваний.

Генетические факторы

Генетика объясняет, почему вы похожи на своего папу, а если это не так, то почему вы должны быть на него похожи.

Тамми, 8 лет

Чтобы понять важность роли генетических влияний и изучить их, нам сначала необходимо понять природу генов, помня о том, что буквально любая черта, присущая ребенку, является следствием взаимодействия средовых и генетических факторов (Rende & Plomin, 1995). Обзор терминологии и функций генетики может помочь нам понять некоторые причины возникновения детских психических патологий.

Уникальный геном каждого человека, состоящий приблизительно из 100 тысяч генов, определяется при зачатии. Гены содержат генетическую информацию, поставляемую каждым родителем, и распределены на 22 парах подобных хромосом и одиночной паре половых хромосом. У мужчин пара половых хромосом состоит из X- и Y-хромосомы (XY), а у женщин ее составляют две X-хромосомы (XX).

Генетические факторы были выявлены как причины ряда детских расстройств, обсуждаемых в этой книге. Некоторые генетические влияния проявляются на раннем этапе развития (например, затормо-

женность в поведении или застенчивость; Nigg, 2000), тогда как другие обнаруживают себя годы спустя (например, депрессивный когнитивный стиль; Garber & Flynn, 1998). Кроме того, результаты генетических влияний отличаются податливостью и чувствительностью к социальной среде (Reiss & Neiderhiser, 2000), а это означает, что позитивные внешние обстоятельства могут помочь ребенку избежать серьезного расстройства, несмотря на генетическую предрасположенность (С. А. Nelson, в периодике).

Однако несмотря на подтверждение роли генетических влияний в формировании детских расстройств и интерес, проявляемый к ним, очень немногие специфические генетические причины были выделены или идентифицированы как основополагающие для возникновения детской психопатологии (Lombroso, Pauls & Leckman, 1994). Следовательно, вместо того чтобы задавать вопрос, вызвано ли специфическое расстройство генетической конституцией или влияниями среды, мы должны поставить другой вопрос: в какой степени данное поведение обусловлено вариациями в генетических характеристиках, вариациями внутри среды и взаимодействием этих факторов? Разумеется, понимание природы генов необходимо для поиска ответа на этот вопрос.

Природа генов. В сущности, ген — это участок ДНК, и сам по себе он не продуцирует ни поведение, ни эмоцию, ни даже мимолетную мысль. На самом деле он производит белок. Хотя эти белки жизненно необходимы для работы мозга, они очень редко вызывают определенное поведение. Вместо этого они продуцируют определенные *тенденции реакций* на среду (Sapolsky, 1997). У каждого из нас могут быть различные генетические недостатки, тенденции и предрасположенности, но конечные результаты наличия этих индивидуальных особенностей редко бывают неизбежными (Fox et al., 1994). Из всего этого вытекает простой, но важный вывод: ложное представление, что гены определяют поведение, должно быть заменено более точным утверждением того, что гены влияют на него.

Калвин и Хоббс

Рис. Билла Уотерсона



Поведенческая генетика. Открытия в поведенческой генетике происходят с феноменальной частотой: обнаружены ген ожирения, который влияет на регуляцию веса, ген энуреза, который влияет на выделение гормона, связанного с работой мочевого пузыря, и многие другие. Куда эти открытия ведут исследования в области детской патопсихологии? Анализ описанных нами взаимодействующих влияний является очень непростой задачей **поведенческой генетики**, которая изучает возможные связи между генетической предрасположенностью и наблюдаемым поведением. Генетики, занимающиеся этой проблемой, часто начинают свои исследования с изучения семейных совокупностей. Они находят неслучайную группу расстройств или характеристик внутри одной семьи и сравнивают эти результаты со случайным распределением расстройств и характеристик в общей совокупности (Cleveland, Weibe, van den Oord & Rowe, 2000). Например, у родителей детей с тревожным расстройством или тревогой разлучения, как правило, в детские годы тревожные состояния возникали чаще по отношению к нормативному уровню распространения этого расстройства (Last, Hersen, Kazdin, Francis & Grubb, 1987).

Исследования семейных совокупностей не учитывают, однако, средовых переменных, которые также влияют на конечный результат. К примеру, ребенок может быть тревожным из-за неадекватных методов воспитания, а вовсе не из-за генетических факторов. Чтобы сделать научную работу более убедительной, после предварительного изучения семейных совокупностей ученые проводят исследования близнецов с целью уточнения роли и анализа влияния генетических факторов на поведение (Rutter, 2000). Исследования близнецов могут проводиться как на однояйцевых, или монозиготных (MZ), близнецах, которые имеют одинаковый набор генов, так и на двуяйцевых, или дизиготных (DZ), близнецах, у которых совпадает примерно половина генов (как это бывает у всех ближайших родственников). Важнейший научный вопрос, возникающий перед исследо-

вателями, таков: присущи ли однойцевым близнецам общие черты — скажем, трудности в обучении чтению, — чаще, чем двуяйцевым. Изучение близнецов обеспечивает действенную исследовательскую стратегию в изучении роли генетических влияний как в психических, так и в непсихических расстрой-

ствах, хотя и эта стратегия также несовершенна. Например, общая среда представляет собой потенциальную постороннюю (вмешивающуюся) переменную в любом исследовании близнецов, если только близнецы не воспитываются порознь (Deutsch & Kinsbourne, 1990).

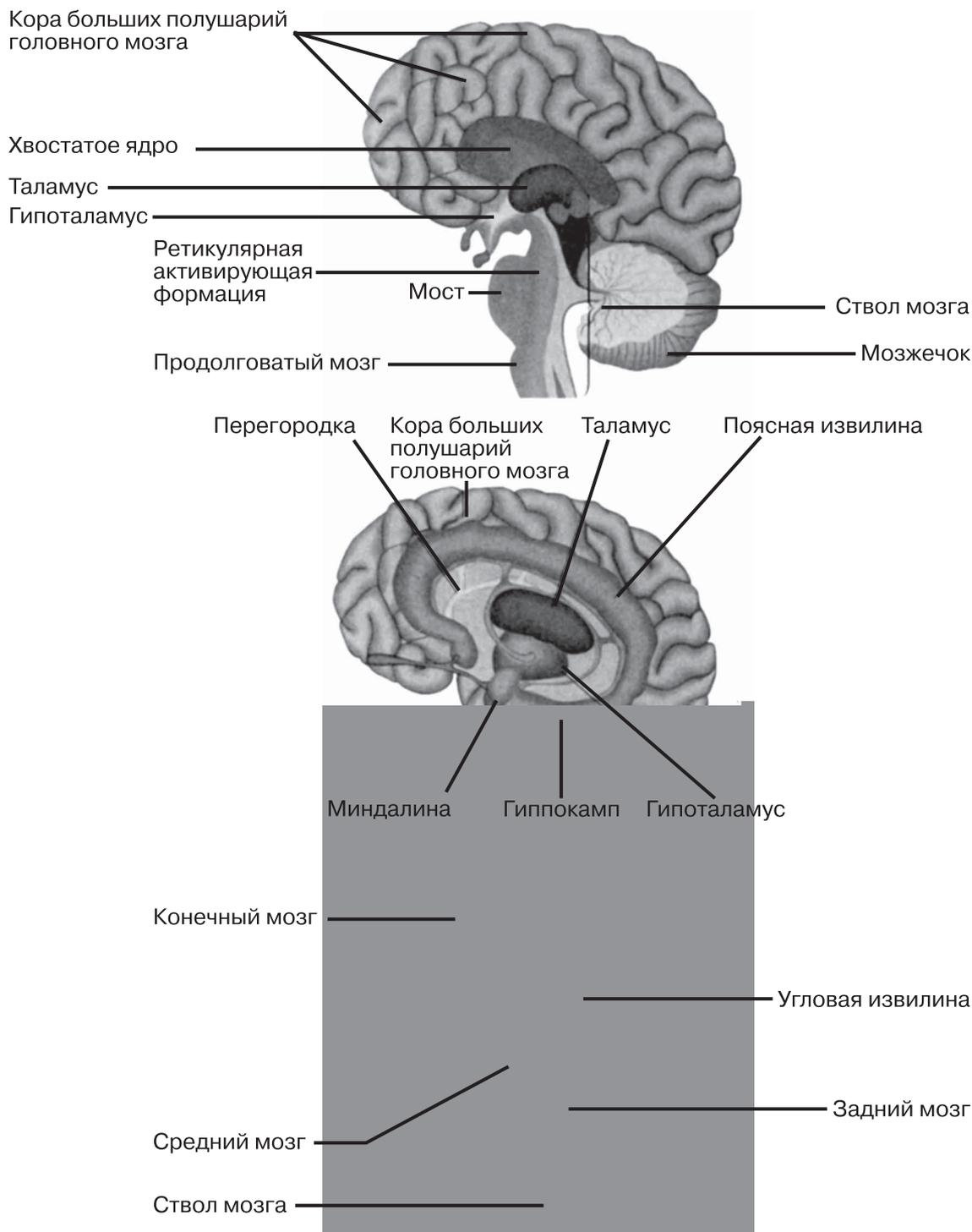


Рис. 2.4. Структуры головного мозга (Barlow & Durand, 1995).

Одним словом, правильно говорить, что на значительную часть нашего развития, включающего в себя формирование поведения, личности и даже интеллекта влияет множество генов. Однако никакие индивидуальные гены не могут обусловить возникновение серьезных психических расстройств, обсуждаемых нами. Хотя специфические гены иногда связаны с определенными психическими расстройствами, выводы поведенческой генетики таковы: генетические факторы, провоцирующие возникновение психических расстройств складываются из множества генов, вклад каждого из которых относительно незначителен (Rende & Plomin, 1995).

Нейробиологические факторы

Изучение детской патопсихологии требует определенного знакомства со структурами головного мозга, изображенными на рис. 2.4. В этом разделе дан обзор основных структур, которые упоминаются позже в связи со специфическими расстройствами. Познакомившись в целом с различными областями и функциями мозга, вы овладеете базовым лексиконом, необходимым для понимания замечательных открытий, совершаемых учеными в наше время.

Структура и функции головного мозга. Головной мозг часто разделяют на *ствол мозга* и *конечный мозг* (теленцефалон) по причине уникальности их функций. Ствол мозга, расположенный в его основании, осуществляет большинство автономных функций, необходимых для поддержания жизни. Самая нижняя часть ствола мозга, называемая *задним мозгом*, включает в себя *продолговатый мозг*, *мост* и *мозжечок*. Задний мозг обеспечивает крайне важную регуляцию автономной деятельности, такой как дыхание, сердцебиение и пищеварение, а мозжечок контролирует моторную координацию. Ствол мозга также содержит *средний мозг*, который согласует движение с сенсорной информацией. В среднем мозге находится ретикулярная активирующая формация (РАФ), которая участвует в процессах возбуждения и напряжения.

В самой верхней части ствола, непосредственно под конечным мозгом, расположен *промежуточный мозг* (диэнцефалон). В нем находятся таламус и гипоталамус, каждый из которых играет важнейшую роль в регуляции поведения и эмоций. Промежуточный мозг функционирует прежде всего как передаточная станция между конечным мозгом и остальными нижними областями ствола мозга.

Далее следует конечный мозг, который эволюционировал у людей в орган, выполняющий высокоспециализированные функции. В основании конечного мозга находится область, известная как *лимбическая*, или пограничная, *система*. Она содержит ряд структур, таких как *гиппокамп*, *пооясная извилина*, *перегородка* и *миндалина*, которые предположительно вызывают психопатологию. Эти важные структуры отвечают за эмоциональный опыт и проявления и играют значительную роль в обучении и

управлении импульсами. Лимбическая система также отвечает за базовые побуждения: половое влечение, агрессию, голод и жажду.

Также в основании конечного мозга находится *базальная ганглия*, которая включает в себя *хвостатое ядро*. Исследователи обнаружили, что эта область контролирует моторику, вследствие чего она связана с ADHD (см. главу 5 «Гиперкеническое расстройство и дефицит внимания») и другими расстройствами, влияющими на моторное поведение, такими как тик и тремор. Базальная ганглия также имеет отношение к обсессивно-компульсивному расстройству (см. главу 7 «Тревожные расстройства»).

Кора больших полушарий, наибольшая часть конечного мозга, наделяет нас качествами, свойственными только человеку: благодаря ей мы можем строить планы, рассуждать и творить. Кора разделена на два полушария, которые внешне очень похожи, но имеют уникальные функции. Левое полушарие (которое обычно доминирует у праворуких людей) играет главную роль в вербальных и других когнитивных процессах. Правое полушарие (которое обычно доминирует у леворуких) лучше справляется с социальным восприятием и творческой деятельностью. (Вот почему только левшей можно считать правыми, в прямом значении этого слова, в своих умозаключениях.) Исследователи полагают, что каждое полушарие может играть разные роли в определенных психических расстройствах, таких как расстройства коммуникации и научения.

С наступлением периода полового созревания головной мозг формирует новые клетки мозга и нервные связи, а затем начинает еще раз реорганизовываться и согласовывать деятельность всех своих составляющих (Р. М. Thompson et al., 2000). Этот новый рост и изменения приводят к дальнейшему созреванию долей, или областей, мозга. На рис. 2.5 изображены *височные*, *теменные* и *лобные доли* головного мозга, а также обозначены их основные функции. В последующих главах, посвященных расстройствам, лобные доли фигурируют чаще других отделов мозга и поэтому заслуживают особого внимания. **Лобные доли** выполняют функции, лежащие в основе значительной части процессов мышления, логических способностей и механизмов запоминания. Эти функции позволяют нам осмысливать социальные отношения и традиции, а также контактировать с миром и окружающими нас людьми, вследствие чего учет этих функций столь важен для понимания детской патопсихологии. К счастью, все эти функции продолжают развиваться в поздней юности и ранней зрелости, следовательно, наш мозг в годы юности значительно отличается от того мозга, с которым мы живем в период зрелости.

Заметим, что эти важнейшие области мозга осуществляют свои функции согласованно, что позволяет целому становиться намного большим, чем сумма частей. Интегративная же деятельность мозга требует помощи со стороны важных регуляторных систем и нейротрансмиттеров.

Эндокринная система. Эндокринная система — это важная регуляторная система, которая связана со специфическими психическими расстройствами, такими как тревожное расстройство и расстройство настроения как у детей, так и у взрослых. Существует несколько эндокринных желез, каждая из которых вырабатывает определенный гормон и выделяет его в кровяной поток. *Надпочечниковые* железы (расположенные, как нетрудно догадаться, над почками) широко известны, поскольку они вырабатывают **эпинефрин** (также называемый адреналином) в стрессовой ситуации. Эпинефрин питает нас энергией и готовит организм к возможной опасности или преодолению трудностей. *Щитовидная* железа вырабатывает гормон тироксин, который необходим для адекватного энергетического метаболизма и роста, и имеет отношение к определенным расстройствам аппетита у детей и подростков (см. главу 13 «Расстройства питания и родственные заболевания»). Наконец, *гипофиз*, находящийся глубоко внутри мозга, согласует регуляторные функции организма, вырабатывая множество регулирующих гормонов, в том числе эстроген и тестостерон. Поскольку эндокринная система тесно связана с иммунной, защищающей нас от болезней и многих других биологических опасностей, неудивительно, что она замешана в формировании множества расстройств, в частности расстройств, связанных с физическим здоровьем и стрессом (см. главу 12 «Расстройства, связанные со здоровьем»).

Одна из функциональных цепочек мозга, имеющая отношение к некоторым психическим расстройствам, включает в себя гипоталамус и эндокринную систему. Гипоталамус передает команды, которые он полу-

чает от гормонов, выделяемых гипофизом и от других гормонов, например, от тех, которые регулируют чувство голода и жажды. Гипофиз, в свою очередь, стимулирует надпочечниковые железы, заставляя их вырабатывать эпинефрин, приводящий нас в состояние возбуждения. Надпочечники также продуцируют гормон стресса, называемый **кортизолом**.

Контролирующий центр гипоталамуса, вместе с гипофизом и надпочечниками, которые вырабатывают кортизол, образуют регуляторную систему мозга, называемую **гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГТН) осью**. Во врезке 2.2 объясняется, каким образом эта ось связана с несколькими психическими расстройствами, особенно с имеющими отношение к реакции на стресс и способности управлять эмоциями (например, с тревожными расстройствами, расстройствами настроения и депрессией).

Нейротрансмиттеры. Нейротрансмиттеры — это своего рода биохимические потоки в головном мозге. Эти потоки строго организуются и образуют значимые связи, обслуживающие более сложные функции, например, мышление и чувствование. Нейроны, которые более восприимчивы к какому-то одному виду нейротрансмиттеров, например, к серотонину, обычно группируются вместе и формируют проводящие пути, идущие от одной части мозга к другой и называемые **контурами мозга** (R. R. Dean, Kelsey, Heller & Ciaranello, 1993). В мозге действуют десятки тысяч подобных контуров. В последние годы связующие пути и функции контуров выявляются так очевидно, что еще десять лет назад об этом нельзя было и мечтать.

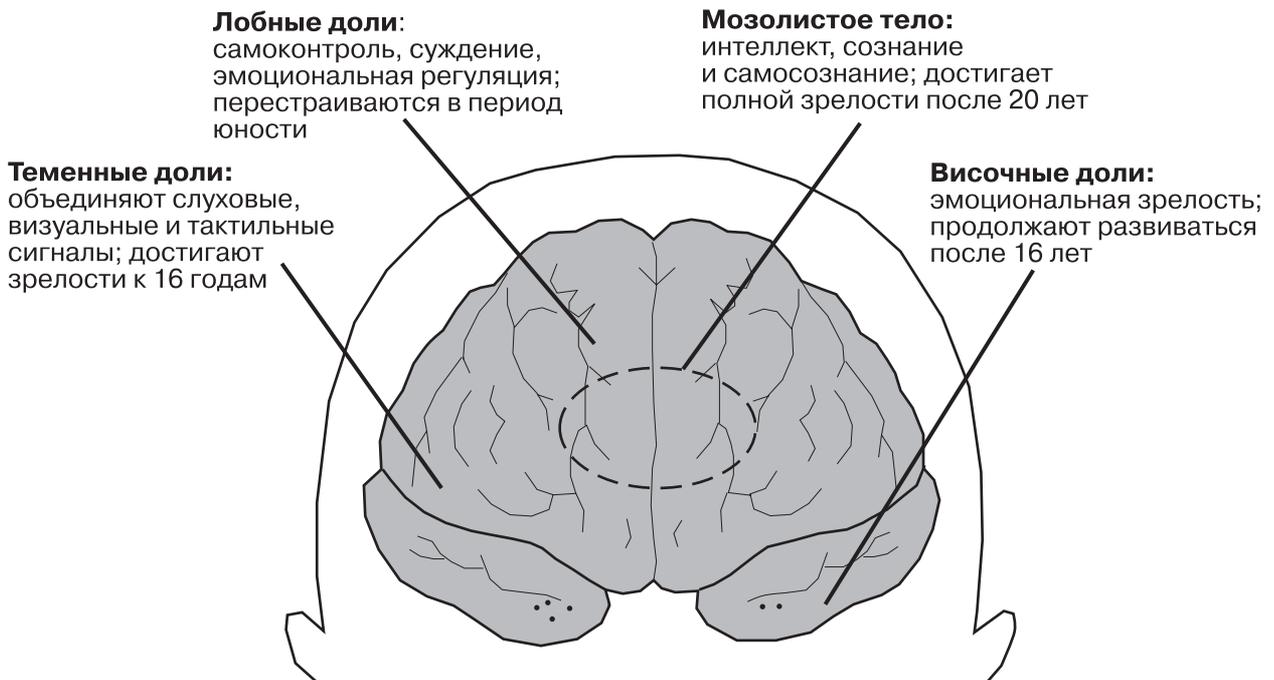


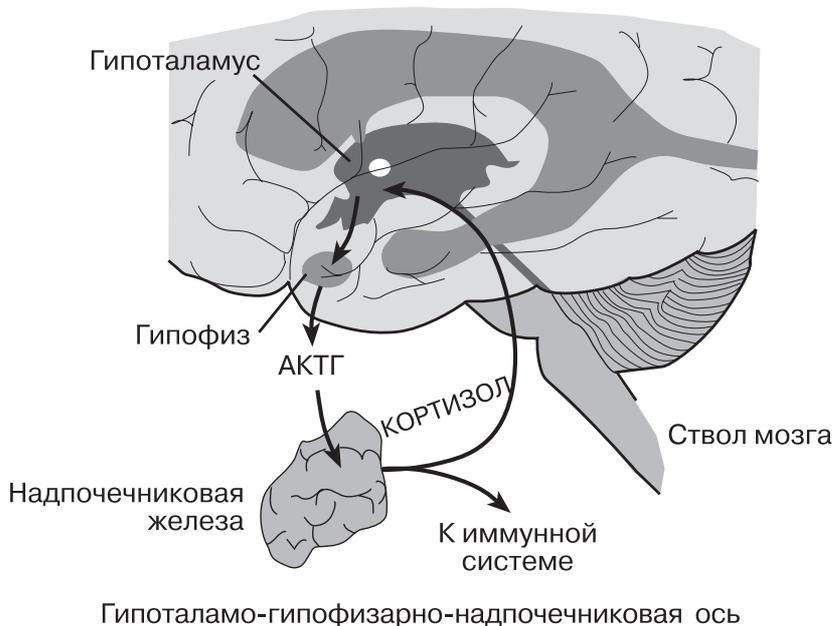
Рис. 2.5. Доли головного мозга и их функции.

КРУПНЫМ

ПЛАНОМ

Врезка 2.2
Ось ГГН и регуляция стресса

Ось ГГН является центральным компонентом нейроэндокринной реакции мозга на стресс. Гипоталамус в процессе стимуляции выделяет рилизинг-гормон кортикотропин (corticotropin-releasing hormone, CRH), который, в свою очередь, заставляет гипофиз выделять в кровь аденокортикотропный гормон (АКТГ) (adrenocorticotrophic hormone, АСТН). Затем АКТГ побуждает надпочечниковые железы продуцировать кортизол, хорошо известный гормон стресса, который возбуждает организм, помогая ему справиться с трудной ситуацией. Эта система, подобно многим другим, действует по принципу петли обратной связи: кортизол модулирует стрессовую реакцию, воздействуя на гипоталамус, который блокирует выделение кортикотропина (Sternberg & Gold, 1997). Исследователи обнаруживают, что эта петля обратной связи, регулирующая уровень возбуждения и тревоги, может быть нарушена или повреждена различными травматическими и подобными непредсказуемыми событиями, такими как физическое и сексуальное насилие. Эти события могут зафиксировать психику ребенка или подростка в состоянии страха или настороженности, которое длительное время продолжает оказывать патогенное влияние (DeBellis, Burke, Trickett & Putnam, 1996; Van der Kolk & Fisler, 1994).



Контуры мозга и нейротрансмиттеры связывают с конкретными психическими расстройствами. Кроме того, они указывают на возможные средства лечения, так как психоактивные лекарства либо увеличивают, либо уменьшают поток различных нейротрансмиттеров. Однако подобно вышеуказанному влиянию генетики, изменения в активности нейротрансмиттеров могут лишь *увеличить* или *уменьшить предрасположенность* людей к появлению того или иного поведения в определенных ситуациях, но сами они не являются непосредственной причиной каких-либо форм поведения. Таблица 2.1 сводит воедино четыре системы нейротрансмиттеров, наиболее часто упоминаемые в связи с психическими расстройствами, и является полезным подспорьем при обсуждении этиологии в последующих главах.

Итоги раздела

- Функции головного мозга претерпевают постоянные изменения, в связи с чем мы говорим о нервной пластичности. Изменения эти происходят по мере того, как различные функции приспособляются к требованиям среды.

- Результаты генетических влияний зависят от среды. Генетическое наследие влияет на поведение, эмоции и мышление, но чтобы это влияние проявилось, необходимы соответствующие внешние условия.
- Чтобы понять сущность нейробиологических влияний на патологическое поведение детей, нам необходимы знания о структурах мозга, эндокринной системе и нейротрансмиттерах, которые выполняют свои функции в соответствии с четкой системой.

ВЗГЛЯД С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ
ПСИХОЛОГИИ

Каждая из основных точек зрения, описанных в этом разделе, значима для объяснения развития психопатологии. Однако при этом каждая имеет определенные недостатки и может быть применима к конкретным расстройствам и ситуациям в неодинаковой степени. Опять же не следует забывать, что

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Таблица 2.1
Основные нейротрансмиттеры
и их сопутствующая роль в психопатологии

НЕЙРОТРАНСМИТТЕР	ОБЫЧНАЯ ФУНКЦИЯ	РОЛЬ В ПСИХОПАТОЛОГИИ
Серотонин	Играет роль в обработке информации и моторной координации (Spoont, 1992) Блокирует стремление детей к исследованию своего окружения Проблемы регуляции, такие как расстройства аппетита и сна	Регулирует ряд важнейших функций, таких как прием пищи, сон и проявление гнева Обсессивно-компульсивное расстройство Шизофрения и расстройства настроения
Бензодиазепин-GABA	Снижает возбуждение и интенсивность эмоциональных реакций, таких как гнев, враждебность и агрессия. Связан с чувствами тревоги и дискомфорта	Тревожное расстройство
Норэпинефрин	Облегчает или контролирует реакции в чрезвычайных и тревожных ситуациях (Gray, 1985). Играет роль в эмоциональной и поведенческой регуляции	Прямо не влияет на специфические расстройства (как правило, регулирует или модулирует поведенческие тенденции)
Допамин	Может действовать как <i>переключатель</i> , который включает различные контуры мозга, позволяя другим нейротрансмиттерам блокировать или облегчать определенные эмоциональные или поведенческие проявления (Spoont, 1992) Участвует в деятельности, связанной с исследованием, экстраверсией и стремлением к удовлетворению (Depue, Luciana, Arbis, Collins & Leon, 1994)	Шизофрения. Расстройства настроения. Расстройство дефицита внимания/гиперактивности (ADHD)

патологическое поведение является следствием транзакций между средовыми и внутриличностными влияниями. Характеристики, наследуемые ребенком вместе с опытом и влияниями среды делают его таким, каким мы его видим. Кроме того, некоторые модели поведения, кажущиеся неадекватными и беспричинными, такие как пугливость или настороженность, могут стать совершенно понятными, если рассматривать их в контексте среды ребенка, например, в связи с жестокостью родителей или насилием в школе.

Мы начнем рассмотрение психологических основ патологического поведения с освещения роли эмоций в формировании у младенца способности к адаптации в новом окружении. Для младенца, который обладает очень ограниченными средствами выражения собственных чувств и интерпретации множества новых событий, эмоции становятся первичным фильтром, обеспечивающим организацию огромного потока новой информации и избежание потенциальных опасностей. Аналогичным образом, ранние отношения с одним или более опекунами закладывают структуру этих эмоциональных реакций и управляют ими. По мере развития ребенка когнитивные процессы и обретение субъективных ценностей все больше помогают ему в осмыслении мира и ре-

организации более ранних функций, оказавшихся ненужными или даже неадаптивными в процессе развития. Поводом для подобной реорганизации может послужить необходимость развития речи, взаимоотношений со сверстниками и других навыков. Как и в случае развития мозга, нарушения могут возникнуть в любой точке этого континуума эмоционального и когнитивного развития в результате взаимодействия ребенка и среды.

Эмоциональные влияния. Эмоции и эмоциональная экспрессия — это основные элементы психического опыта человека. С самого рождения они являются основной особенностью активности и регуляции младенца (Sroufe, 1997). На протяжении всей нашей жизни эмоциональные отклики способствуют естественной реакции «борьбы или бегства» — предупреждая нас об опасности и помогая ее избежать. С эволюционной точки зрения, эмоции придают особую ценность событиям и повышают вероятность определенных действий. То есть эмоции указывают нам, на что обратить внимание и что проигнорировать, к чему приблизиться и чего избежать. Указывая на эту важную функцию, осуществляемую с помощью активных, стресс-регулирующих гормонов, таких как кор-



Способность делать выводы об эмоциональном состоянии другого человека на основании выражения его лица, жестов, позы и интонации выполняет важную адаптивную функцию, особенно у младенцев и детей, делающих первые шаги. Если они сталкиваются с чем-то неизвестным, то обращаются к реакциям и подсказкам авторитетного взрослого, и таким образом интерпретируют новую ситуацию.

тизол, мы утверждаем, что эмоции весьма важны для осуществления процесса здоровой адаптации.

Интерес к эмоциональным процессам и их связи с патологическим поведением ребенка значительно вырос в последние годы (Lemerise & Arsenio, 2000). Эмоциональный опыт, экспрессия и способность детей к эмоциональной регуляции влияют на качество их социальных интеракций и отношений и потому закладывают основу раннего развития личности. Исследователи обнаруживают множество данных, касающихся значения эмоций в жизни детей. Например, известно, что с самого раннего возраста дети учатся, опираясь на эмоциональную экспрессию окружающих (Bretherton, 1995). Эмоции, такие как младенческая боязнь высоты или незнакомцев, выполняют значимую роль в адаптации. Они не только служат важными внутренними системами слежения и руководства, предназначенными для оценки положительности или отрицательности событий, но также обеспечивают мотивацию деятельности (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000).

Дети прекрасно умеют улавливать эмоциональные сигналы, исходящие от окружающих, что помогает им интерпретировать собственные эмоции и управлять ими. В течение первого года жизни они узнают о важной роли, которую играют эмоции в процессах коммуникации и саморегуляции, а ко второму году они уже способны связывать эмоциональную экспрессию с определенной причиной. Особый интерес для детской патопсихологии представляют данные, свидетельствующие, что дети следят за эмоциональной экспрессией родителей, и эти наблюдения обеспечивают их информацией, необходимой для осмысления происходящего. У маленьких детей эмоции являются основой коммуникации, и именно с их помощью они исследуют окружающий мир все более самостоятельно (LaFreniere, 1999).

Эмоциональная реактивность и регуляция. Мы можем разделить эмоциональные процессы в соот-

ветствии с двумя параметрами: эмоциональной реактивностью и эмоциональной регуляцией. **Эмоциональная реактивность** относится к индивидуальным различиям в границах и интенсивности выражения эмоций, которые обуславливают уровень переживания дистресса индивидом и его чувствительность к среде. **Эмоциональная регуляция** связана с увеличением, сохранением или торможением эмоционального возбуждения — действиями, обычно подчиненными конкретной цели (Rubin, Coplan, Fox & Calkins, 1995). К примеру, Джейк испытывал определенные чувства по отношению к определенным учебным заданиям, расстраивался и не мог сосредоточиться. Эта эмоциональная реакция, в свою очередь, может вести к нарушению эмоциональной регуляции, в результате чего Джейк будет временами неуравновешенным и трудноуправляемым. Опять, как мы видим, налицо трансактный процесс: эмоциональные реакции вызывают потребность в регуляции, которая, в свою очередь, влияет на последующие эмоциональные проявления.

Можно также провести грань между проблемами *регуляции* и *дисрегуляции*. Проблемы регуляции связаны со слабостью управляющих эмоциями структур или их отсутствием (пример: неспособность Джейка сосредоточиться на задании). Дисрегуляция означает, что подобные структуры функционируют неадекватно (Cicchetti, Ackerman & Izard, 1995). В качестве примера можно привести страх ребенка, не вызванный никакими объективными причинами.

Способности детей к эмоциональной регуляции, часто проявляющиеся в эмоциональной реактивности и степени экспрессии, являются важными характеристиками как нормального, так и патологического развития. Эмоции, как уже было отмечено, помогают маленьким детям лучше узнавать себя и окружающих. Наблюдая свои и чужие эмоциональные проявления, ребенок учится идентифицировать и отслеживать собственные чувства и поведенческие реакции. Отношения между ребенком и опекуном играют важнейшую

роль в этом процессе, ибо они создают базовые условия для того, чтобы дети проявляли эмоции, получали не травмирующие психику наставления и не выходили за определенные рамки. Авторитетными можно назвать таких родителей, которые устанавливают для ребенка границы, чувствительны к индивидуальному развитию и потребностям и одновременно заставляющие учиться управлению эмоциями (Maccoby & Martin, 1983). По причине важности отношений ребенок—опекун в эмоциональном развитии, мы будем вспоминать о них снова и снова при обсуждении различных детских расстройств.

Некоторые формы эмоциональной дисрегуляции могут быть адаптивными в определенной среде или в определенное время, но неадаптивными в других условиях. К примеру, дети, подвергшиеся эмоциональному и сексуальному насилию, могут почти не проявлять эмоций, что называется оцепенением и является симптомом посттравматического расстройства, которое призвано защитить ребенка от сильнейших переживаний и травмы (см. главу 14 «Жестокое обращение с детьми и отсутствие родительской заботы»). Если впоследствии оцепенение становится характерным способом борьбы со стрессорами, оно может помешать адаптивному функционированию и достижению долговременных целей.

Темперамент. Мы то и дело слышим: «Она была покладистой малышкой с самого первого дня, как я привезла ее из роддома» или «Сон? А что это? После того как родился наш Фредди, мы проводим на ногах всю ночь, меняя ему пеленки, кормя его и стараюсь успокоить». Нет сомнений в том, что одни младенцы спокойнее других, так же как одни проявляют повышенную активность, другие, скажем, более возбудимы, чем их сверстники, и эти различия часто становятся заметными в первые же дни или недели жизни (Thomas & Chess, 1977). Но какое отношение имеет все это к патологическому развитию?

Считается, что развитие эмоциональной регуляции и дисрегуляции обусловлено как социализацией, так и врожденной предрасположенностью, или темпераментом. **Темпераментом** называют стиль поведения ребенка, который проявляется на раннем этапе развития (например, нервозность или пугливость), формируя отношение ребенка к среде и наоборот (Emde & Spicer, 2000; Rothbart & Bates, 1998). Темперамент — это составная часть личности, поэтому он часто рассматривается как один из первых строительных кирпичиков в ее фундаменте. Конституциональные наклонности не предполагают неизбежности тех или иных психических расстройств; скорее, результат их развития зависит от взаимодействия врожденных наклонностей (ослабляющих или защищающих) и изменяющихся обстоятельств, таких как благоприятная или стрессовая среда.

С опасностью возникновения признаков патологического развития связывают три основных параметра темперамента (Rothbart & Mauro, 1990).

1. *Позитивный аффект и доступность.* Этот параметр описывает «покладистого ребенка», кото-

рый, как правило, доступен для других, адаптивен к своей среде и обладает способностью относительно легко управлять базовыми функциями, такими как питание, сон и выделение.

2. *Пугливость или заторможенность.* Этот параметр характеризует «медленно возбуждающегося ребенка», который подходит с осторожностью к новым или трудным ситуациям. Поведение таких детей более вариативно в том, что касается саморегуляции и адаптивности: они могут проявлять симптомы дистресса или негативное отношение к некоторым ситуациям.

3. *Негативный аффект, или раздражительность.* Этот параметр характеризует «трудного ребенка», который непредсказуем и не слишком адаптивен, а эмоции его преимущественно негативны или характеризуются крайней степенью выражения. Некоторые дети с таким темпераментом склонны к переживанию дистресса в новых или трудных ситуациях, а другие переживают дистресс или раздражительность в ситуации запретов.

Эти параметры темперамента, или ранние стили саморегуляции, могут соотноситься с развитием психопатологии или опасными состояниями. В некоторых случаях стиль темперамента может быть очень тесно связан с конкретным расстройством, например, с социальной фобией или пугливостью. Однако в других случаях болезненное состояние может возникнуть в силу особенностей, близкое связанным с темпераментом, но проявиться независимо от него (Rothbart & Bates, 1998). Например, крайняя чувствительность младенца к эмоциональным стимулам может способствовать возникновению отчуждения от окружающих в момент начала самостоятельных передвижений или достижения дошкольного возраста; со временем эта тенденция может трансформироваться в межличностный стиль, характеризующийся безразличием к другим людям, и, соответственно, неприятием со стороны сверстников или другими трудностями. Кроме того, негативный аффект младенца может способствовать возникновению отчужденности или равнодушия у матери, что ведет к ослаблению привязанности и семейным конфликтам.

Подведем итог. Эмоциональная регуляция предполагает многообразие все более усложняющихся задач развития, достижение каждой из которых облегчается формированием здоровых отношений и другими ресурсами среды. Возможность возникновения различных препятствий на пути выполнения этих задач зависит от взаимного соответствия ребенка и среды и согласованности их интеракций. Считается, что эмоциональная дисрегуляция является следствием помех в соответствующих процессах развития.

Поведенческие и когнитивные влияния

Поведенческие и когнитивные объяснения патологического поведения ребенка акцентируют внима-

ние на принципах научения, которые формируют поведение детей и их интерпретацию окружающего мира. Поведенческие и когнитивные подходы различаются главным образом по степени использования когнитивных понятий и процедур в понимании и описании поведения (Wilson, 1995). Прикладной анализ поведения, находящийся на одном полюсе континуума, сосредоточен исключительно на наблюдаемом поведении и отрицает то, что когнитивное опосредование является необходимым условием объяснения поведения. На другом полюсе находится теория социального научения, которая в большей мере полагается на когнитивные процессы и объяснения.

Большинство поведенческих объяснений отталкивается от того, что ребенка легче понять и описать, исходя из его поведения в определенной ситуации, а не с точки зрения устойчивых черт личности. Хотя предыстория научения ребенка и представляет интерес, поведенческие методы сосредоточены на более прагматичном, экономном объяснении конкретного проблемного поведения. Следуя той же логике, этот подход признает, что успех в изменении проблемного поведения не предполагает знания источника и причин этого поведения. С другой стороны, когнитивные теоретики интересуются тем, как определенные паттерны мышления развиваются во времени и как они связаны с конкретными поведенческими приемами, такими как преодоление трудностей. Ниже мы приводим краткий обзор некоторых из основных поведенческих и когнитивных теорий.



Растущие когнитивные способности детей играют роль как в нормальном, так и в патологическом развитии.

Прикладной поведенческий анализ. Основываясь на классических исследованиях Б. Ф. Скиннера, ППА основан на функциональном взгляде на поведение, особенно на связи между поведением, его предпосылками и последствиями. Не делается никаких имплицитных допущений относительно основополагающих потребностей или мотивов, которые способствуют возникновению патологического поведения; скорее, ППА описывает и проверяет функциональные связи между стимулами, реакциями и последствиями. ППА также основывается на четырех первичных принципах оперантного обусловливания, которые объясняют, как поведение усваивается или изменяется в результате влияния конкретных факторов. Вероятно, вам хорошо знакомы эти четыре принципа: *позитивное* и *негативное подкрепление* — любые действия, которые усиливают целевую реакцию; *погашение* и *наказание* ослабляют реакцию. Дети очень умело улавливают связи между своим поведением и его последствиями и обладают поразительной способностью использовать эти связи. Эти принципы оперантного обусловливания действуют безотказно в самых разных прикладных областях, начиная с базовых экспериментальных исследований и кончая клиническим лечением и менеджментом в экономике (DeGrandpre, 2000).

Классическое обусловливание. Опираясь на знаменитые опыты Павлова по обусловливанию рефлексов и эксперименты Уотсона с маленьким Альбертом, классическое, или респондентное, обусловливание объясняет усвоение девиантного поведения на основе парных ассоциативных связей между прежде нейтральным стимулом (например, математическими задачами) и безусловными стимулами, такими как пища или критика. Любое нейтральное событие может стать *условным стимулом*, если его достаточное число раз сочетать с событием, которое уже вызывает у объекта определенную реакцию. Парные связи могут помочь объяснить причины ряда проблем, связанных с привязанностью у детей и подростков, хотя мы обычно не знаем, какой была первоначальная ассоциативная связь. Вдобавок, одновременно могут действовать несколько парадигм научения. По этой причине распространены дуальные объяснения нежелательного поведения (т. е. комбинации особенностей как оперантного, так и классического обусловливания).

Вернувшись к трудностям Джейка, представим себе, что он связывает чтение (нейтральное событие) с унижением или тревогой (безусловный стимул), и это заставляет его избегать негативно окрашенной деятельности. В свою очередь, такой выход из положения вызывает уже собственный ряд последствий: тревога мальчика уменьшается, и он избавляется от ощущения униженности. Этот анализ учитывает как инструментальное, так и респондентное обусловливание в качестве составной части предыстории обучения Джейка. Можете ли вы предложить возможные изменения среды или связей, которые модифицировали бы поведение Джейка желательным образом?

Социальное научение и когнитивная способность. Объяснения с точки зрения **социального научения** рассматривают не только проявленное поведение, такое как школьные трудности Джейка, но также роль возможных когнитивных посредников, которые могут влиять прямо или косвенно на подобное поведение. Согласно объяснению теории социального научения, предложенному Албертом Бандурой (Bandura, 1977, 1986), поведение может усваиваться не только за счет оперантного и классического обусловливания, но также косвенно, путем *обсервационного* (викарного) научения. Дети могут усваивать новую модель поведения, просто наблюдая за тем, как ей следует другой человек — без явного подкрепления или практики.

Социальное научение также включает в себя социальное познание при усвоении и желательного, и нежелательного поведения. **Социальное познание** связано с размышлениями детей о себе и окружающих и способствует формированию представлений о себе, об окружающем социальном мире и о своих отношениях с этим миром. Представления эти не фиксированы, они постоянно обновляются благодаря процессу созревания и социальным интеракциям (Noam, Chandler & LaLonde, 1995). Непрерывное когнитивное развитие детей в таких областях, как логика, решение социальных задач и произведение атрибуций, помогает им осмысливать себя и свое отношение к социальному окружению. Кроме того, социально-наученческая и социально-когнитивная точки зрения учитывают роль аффекта и важность контекстуальных переменных (например, семьи и сверстников) как для возникновения, так и для закрепления проблемного поведения (Lemerise & Arsenio, 2000).

Подобно индивидуальным различиям в темпераменте и эмоциональной регуляции, существуют глубокие различия в способах обработки информации и осмысления окружающего мира. Как и взрослым, детям присуще естественное желание оценивать свое поведение или деятельность в разных обстоятельствах, особенно когда они связаны с возможностью поражения или опасностью. У некоторых детей, подростков и взрослых такая самооценка может быть основана на ложных представлениях или искажениях; у других же *атрибутивная погрешность*, касающаяся собственных способностей или чужих намерений, вызывает шаблонную интерпретацию событий, которая соответствует уже существующему у них представлению о себе или окружающих («Я получил высокую отметку по математике потому, что экзамен был слишком легким»; «Он — дурак, поэтому кому какое дело, если я над ним поиздеваюсь?») (Dodg & Schwartz, 1997).

После того как обсервационное научение было впервые описано в начале 1960-х гг., когнитивные модели стали более содержательными и сложными, и мы часто будем прибегать к их помощи. Когнитивные искажения, недостаточное когнитивное опосредование и атрибутивные стили являются важными детерминантами развития поведенческих и эмоциональных проблем (Crick & Dodge, 1994).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Эмоциональная реактивность и регуляция являются важнейшими аспектами раннего и последующего развития, влияя на качество социальных интеракций детей и их отношения с социальной средой на протяжении всей жизни.
- Три основных подхода к патологическому поведению, основанные на принципах научения, опираются на прикладной анализ поведения, принципы классического обусловливания, а также теорию социального научения и социального познания. Последние теории придают большее значение когнитивным процессам, сопутствующим проявленному поведению или предвещающим его.

ВЛИЯНИЯ СО СТОРОНЫ СЕМЬИ И СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ

Помимо биологических и психологических влияний и нормальное, и патологическое развитие детей зависит от социального и средового контекста. Понимание этого контекста требует учета и *проксимальных* (ближних), и *дистантных* (отдаленных) событий, а также событий, непосредственно влияющих на ребенка в конкретной ситуации и в конкретное время. Мы рассматриваем эти широкие условия среды и опыт научения в контексте семьи и сверстников, а также в социальном и культурном контексте.

Что именно мы имеем в виду, когда говорим о среде ребенка? Семью? Группы сверстников? Чистый воздух? Чтобы оценить сложную систему, которая образует мир ребенка и влияет на качество адаптации, мы должны выйти за рамки традиционного взгляда на среду, определяющего ее как одномерное или узкоопределенное жизненное пространство. Среда ребенка постоянно меняется в ходе изменения ее многочисленных компонентов, подобно тому, как на озеро или реку воздействуют и проксимальные события (например, ливень), и более дистантные (например, глобальное изменение климата).

На рис. 2.6 изображена экологическая модель Бронфенбреннера (Bronfenbrenner, 1977), которая отображает, насколько это возможно, богатство и глубину различных слоев среды ребенка, представляя ее в виде ряда включенных одна в другую взаимосвязанных структур. Отметим, что ребенок находится в центре сферы влияний, содержащей множество уровней, соединенных друг с другом определенным образом. Ближайшая среда ребенка — это члены семьи и домашнее окружение, но она быстро усложняется по мере того, как дети начинают посещать дошкольные учреждения, гулять в ближайших парках и заводить друзей.

Социальные условия, характерные для данного общества в целом, также воздействуют на ребенка, но он не ощущает эти влияния непосредственно.

Работа и друзья родителей, доступные службы поддержки семьи (например, службы здравоохранения и социального обеспечения) и подобные муниципальные образования (как позитивные, так и негативные) составляют расширенную, по сравнению с первой, социальную среду ребенка (Burton & Jarrett, в периодике). Наконец, хотя и далекая от повседневной жизнедеятельности ребенка, культурная и политическая идеология определяет то, как с детьми сле-

дует обращаться (например, санкционирование телесных наказаний), чему их следует учить и к каким целям они должны стремиться (Garcia Coll, Akerman & Cicchetti, 2000). Эти уровни влияний среды и их взаимодействие с ребенком (они влияют на ребенка, а он — на них) очень важны для понимания характера конкретных проблем — жестокого обращения с ребенком и безразличия, расстройства аппетита и многих других.

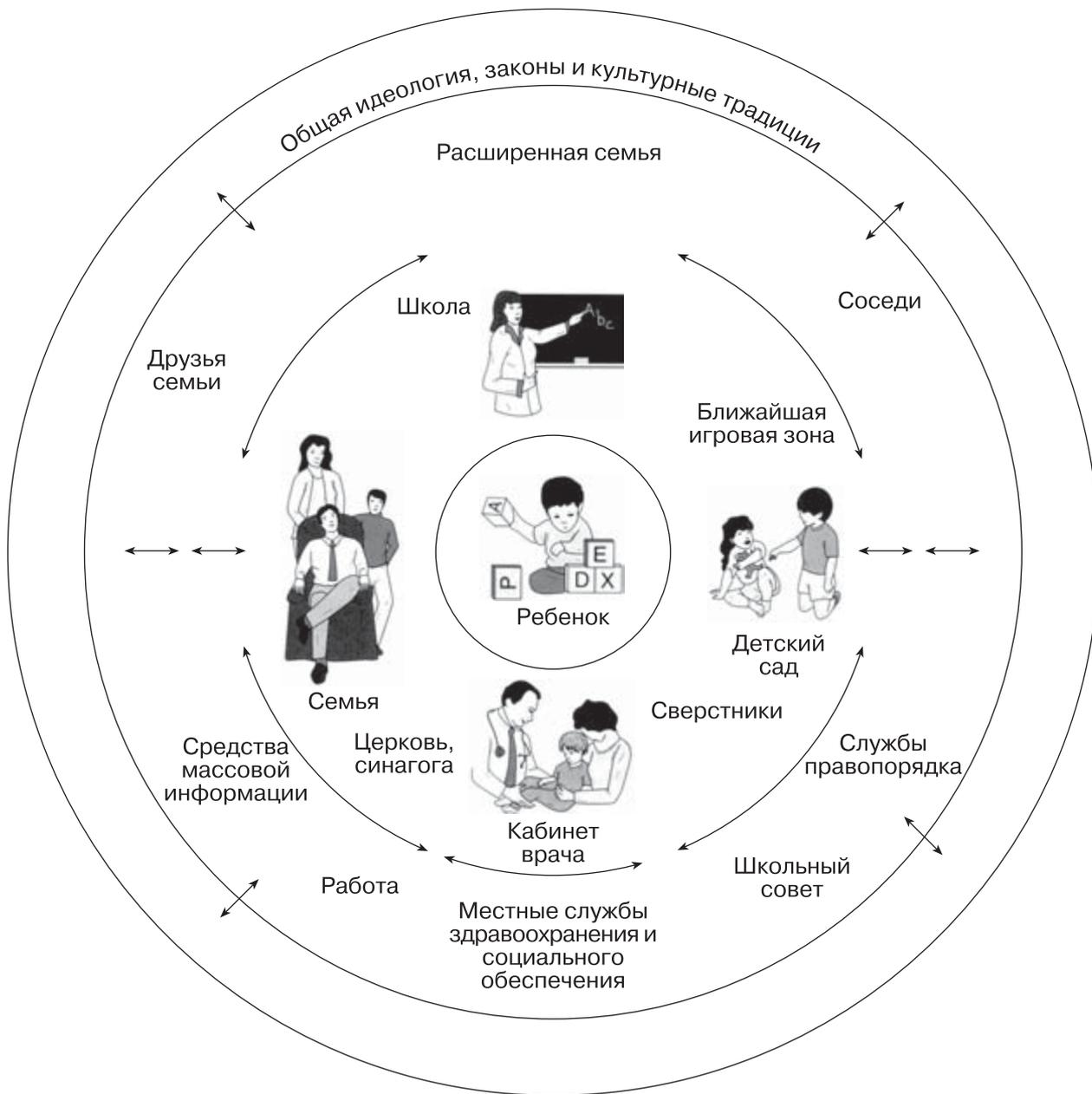


Рис. 2.6. Экологическая модель влияний среды. (На основании теории Бронфенбреннера, представленной в Shaffer, 1996.)

Эволюция и привязанность

Изучение патологического развития многим объяснено экстенсивной работой с животными, отчетливо показавшей, насколько важна для эмоционального здоровья ребенка ранняя привязанность к родителю. Боулби (Bowlby, 1973, 1988) объединил аспекты эволюционной биологии с существующими психодинамическими концепциями раннего опыта, создав свою теорию привязанности. **Привязанностью** называют процесс установления и поддержания эмоциональной связи с родителями или другими эмоционально значимыми опекунами. Этот процесс происходит непрерывно, начинаясь, как правило, между 6-м и 12-м месяцами жизни, и обеспечивает младенцев надежной устойчивой базой, опираясь на которую они могут исследовать и познавать окружающий мир (Waters, Merrick et al., 2000).

В теории привязанности инстинктивное поведение не является строго предопределенным — скорее, благодаря научению и обратной связи, корректирующей цель, оно организуется в виде гибких, ориентированных на цель систем. Младенцы, по словам Боулби, «преадаптированы» к тому, чтобы совершать действия, обогащающие отношения, такие как ориентирование, улыбки, плач, цепляние, подача сигналов и (когда они учатся передвигаться) поиск контакта. Однако чтобы выжить, младенцы должны привязаться к какому-то определенному человеку, который доступен и склонен откликаться на их потребности. Взрослым также присущи поведенческие реакции, которые обеспечивают привязанность, удовлетворяют потребности младенца и дополняют его реакции откликом — улыбками, прикосновениями, объятиями и покачиваниями.

Развивающиеся отношения младенец — родитель помогают ребенку управлять поведением и эмоциями, особенно в условиях опасности или стресса. Соответственно, привязанность выполняет важную функцию снятия стресса. Младенца побуждают поддерживать равновесие между желанием сохранить знакомое и стремлением получить, исследовать и использовать новую информацию. Уверенность в собственных силах растет, когда объект привязанности обеспечивает надежную базу для подобного исследования (Bretherton, 1995). Кроме того, на основе этих первых важнейших связей у ребенка формируется *внутренняя рабочая модель* отношений — образ того, что он ожидает от окружающих и как он к ним относится. В табл. 2.2 представлены три основных организованных паттерна привязанности, а также их теоретические и эмпирические связи с различными формами психопатологии. Однако помните, что особенности привязанности составляют только один аспект отношений между людьми (Rutter & Stroufe, 2000).

Контекст семьи и сверстников

Исследования детской психопатологии акцентируют все большее внимание на роли семейной системы, сложных отношениях внутри семьи и взаимных влияниях различных семейных подсистем. Не-

обходимо рассмотреть процессы, происходящие внутри так называемых проблемных семей, а также типичные и уникальные влияния этих процессов как на отдельных членов семьи, так и семейные подсистемы. Внутри семьи наибольшее внимание мы уделим отношениям мать—ребенок и супружеской подсистеме, меньшее — роли родных братьев и сестер (сиблингов) (Hetherington, Reiss & Plomin, 1994) и отцов (Cabrerа, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth & Lamb, 2000; Phares & Compas, 1992).

Теоретики **семейных систем** утверждают, что трудно понять или предсказать поведение конкретного члена семьи, например ребенка, в отрыве от поведения других ее членов (B. M. Wagner & Reiss, 1995). Этот взгляд согласуется с названными уже исходными предпосылками патологического развития детей: в центре внимания часто оказываются *отношения* детей со средой, а не отдельный ребенок или подросток, изучаемый изолированно от среды. Однако этот взгляд нередко расходится с ведущими психологическими и психиатрическими подходами к психопатологии, хотя он и совместим с процессами развития, такими как трансакция.

Все чаще и чаще изучение индивидуальных факторов и контекста среды ребенка, например, семьи и отношений со сверстниками, рассматриваются как взаимно совместимые и полезные как для теории, так и для медицинского или психологического вмешательства. Более того, инструментальную роль в управлении поведением и адаптацией детей играют способы, которыми семья, как единое целое, справляется с типичными и нетипичными стрессами, такими как конфликт и безработица. Стресс способствует изменению, развитию и реорганизации семей (С. Р. Cowan, Р. А. Cowan, Heming & Miller, 1991), а исход подобных событий зависит от характера и тяжести стресса, качества функционирования семьи до стресса, а также семейных ресурсов и навыков преодоления трудностей (Rutter, 2000b). Некоторыми из наиболее важных связанных с семьей вопросов, имеющих отношение к обсуждению детских расстройств, являются: родительская депрессия, жестокое обращение с ребенком, алкоголизм родителей, развод, супружеское насилие и совершение родителями уголовных преступлений.

Все эти разные семейные и личные вопросы имеют общее свойство: они влияют на развитие ребенка. Они подрывают, нарушают и осложняют предполагаемый последовательный уход за ребенком и удовлетворение его основных потребностей. В свою очередь, подобные осложнения влияют на способность ребенка формировать нормальные отношения со сверстниками, учителями и прочими взрослыми (Sameroff, 1995).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Эволюционные подходы к патологическому поведению ребенка акцентируют внимание на разви-

Таблица 2.2
Типы привязанности и их связь
с патологическими исходами

ТИП ПРИВЯЗАННОСТИ	ПОВЕДЕНИЕ В НЕОБЫЧНОЙ СИТУАЦИИ ¹	ВЛИЯНИЕ НА ОТНОШЕНИЯ	ВОЗМОЖНЫЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИСХОД
Надежная	Младенец охотно отходит от родителя и с удовольствием познает мир. Когда младенец опасается незнакомца или огорчен разлукой, он ищет контакта с родителем; затем, найдя его, возвращается к начатым исследованиям и игре	Люди, у которых была сформирована надежная ранняя привязанность, обычно стремятся к прочным отношениям, обеспечивающим поддержку, и эффективно их используют	Хотя люди, имеющие надежную привязанность, могут испытывать психологический дистресс, их стратегия построения отношений выполняет функцию, защищающую от патологических исходов
Ненадежная: тревожный, отчужденный тип	Младенец занят исследованиями, но его интеракции с родителем мало аффективны. Младенец проявляет малую настороженность по отношению к незнакомцам и, как правило, расстраивается, только оставаясь в одиночестве. По мере нарастания стресса, отчуждение усиливается	В детстве и зрелости люди с <i>ненадежной</i> , отчужденным паттерном ранней привязанности обычно маскируют эмоциональную экспрессию. Они часто считают себя неуязвимыми для оскорблений, а других людей — незаслуживающими доверия	Расстройства поведения; агрессивное поведение; депрессивные симптомы (обычно как следствие неуверенности в себе)
Ненадежная: тревожный, резистентный тип	Младенец равнодушен или резистентен к исследованиям и игре и с опаской встречает новые ситуации и незнакомцев. Младенца трудно успокоить, когда он после разлуки воссоединяется с родителем, и его активный поиск контакта может сопровождаться плачем и волнением	В детстве и зрелости людям с <i>ненадежным</i> , резистентным паттерном ранней привязанности бывает трудно справиться с тревогой. Как правило, они проявляют эмоции слишком интенсивно и сохраняют негативные представления о себе	Фобии; тревога; психосоматические симптомы; депрессия
Дезорганизованный, дезориентированный тип (неорганизованная стратегия)	У младенца отсутствует согласованная стратегия привязанности. Он выглядит обескураженным в новой ситуации, и лишен согласованного паттерна управления эмоциями	Люди дезорганизованного, дезориентированного типа неспособны прочно привязаться к кому-либо; для них характерно неразборчивое дружелюбие (малоселективная привязанность)	Нет единой точки зрения; как правило, широкий спектр расстройств личности (van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999)

¹ *Необычная ситуация* — это метод оценки привязанности младенец—родитель. Она включает в себя серию все более стрессовых разлучений и воссоединений, которые напоминают типичные повседневные события, например, встречу с незнакомыми людьми и ситуацию, когда ребенок остается один (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Примечание: *Связь между типами привязанности и патологическим развитием основана как на теоретических, так и на эмпирических данных, представленных в: E. A. Carlson & Sroufe, 1995.*

вающихся отношениях младенец—родитель, которые помогают младенцу управлять поведением и эмоциями, особенно в случае опасности или стресса.

- Нормальное и патологическое развитие детей зависит от разнообразных условий среды и социального окружения. К этим условиям относятся отношения в семье и отношения со сверстниками, а также более широкий социальный и культурный контекст.

Предваряющий комментарий

Понимание обществом нормального развития детей постепенно становится более целостным и

здоровым, что оказывает влияние на определения и услуги, связанные с психическим здоровьем детей (Millstein, Petersen & Nightingale, 1993). Такой динамический, интерактивный подход к психическому здоровью признает важность и индивидуальных, и средовых факторов для позитивного развития. Экологические и системные взгляды на здоровье и поведение людей, освещенные выше, придают дополнительный импульс этому развивающемуся подходу, поскольку в их рамках адаптация человека рассматривается в контексте среды и различных связей.

Сегодня здоровье и успешная адаптация детей рассматриваются как значимые аспекты изучения

детской патопсихологии. Наряду с акцентом на укреплении здоровья, сегодняшние исследования и общественное сознание пришли к мысли о том, что детские расстройства имеют много общих клинических особенностей и причин. **Укрепление здоровья** способствует положительным изменениям, расширению возможностей и повышению компетентности в реализации присущего человеку потенциала здоровья (R. M. Kaplan, 2000). Применительно к развитию ребенка, такая трактовка признает многопричинный и интерактивный характер многих психических расстройств, возникающих у детей и взрослых, а также важность контекстуальных факторов, и указывает на важность соответствия способностей индивидов вызовам и опасностям среды (Masten & Curtis, 2000). На протяжении всей книги мы будем возвращаться к многообразным развитие-сенситивным, системно-ориентированным методам, с помощью которых можно изучать детскую патопсихологию.

Названные концептуальные сдвиги постепенно меняют облик служб психического здоровья и образования, занимающихся детьми и подростками, и имеют важное значение для таких сфер, как педиатрия, психология, психиатрия, социальная работа, патронаж и педагогика. Что люди думают о здоровье, как организована их повседневная жизнь, как развивается социальная политика, как распределяются социальные ресурсы и как проводится подготовка специалистов для осуществления этой политики — методы решения этих вопросов достигли наивысшей точки развития в истории человечества. Это позволяет серьезно модернизировать соответствующие службы с целью оказания квалифицированной помощи детям и подросткам, которые пока не могут отстаивать свои интересы. Хотя это положительное влияние на сферу психического здоровья пока еще не вполне воплотилось в реальной деятельности (Takanishi, 1993), нас воодушевляет тот прогресс, которого за прошедшее столетие добилось общество в понимании и удовлетворении насущных потребностей детей.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

адаптационная неудача (adaptational failure)
 психопатология развития (developmental psychopathology)
 макропарадигма (macroparadigm)
 организация развития (organization of development)
 сенситивные периоды (sensitive periods)
 этиология (etiology)
 взаимозависимость (interdependence)
 транзакция (transaction)
 непрерывность (continuity)
 дискретность (discontinuity)
 нервная пластичность (neural plasticity)
 поведенческая генетика (behavioral genetics)
 лобные доли (frontal lobes)
 эpineфрин (epinephrine)
 кортизол (cortisol)
 гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось (hypothalamic-pituitary-adrenal axis)
 контуры мозга (brain circuits)
 эмоциональная реактивность (emotion reactivity)
 эмоциональная регуляция (emotion regulation)
 темперамент (temperament)
 социальное научение (social learning)
 социальное познание (social cognition)
 привязанность (attachment)
 семейная система (family system)
 укрепление здоровья (health promotion)

Глава 3

ИССЛЕДОВАНИЯ



Все, кто пьет это лекарство, вскоре выздоравливают, за исключением тех, кому оно не помогает, каждый из которых умирает. Поэтому очевидно, что оно не действует только в неизлечимых случаях.

Слова, приписываемые Галену (II в. н. э.)

В этой главе мы обсудим процесс исследования и многочисленные трудности, с которыми сталкиваются те, кто изучает проблемных детей и их семьи. Несмотря на различие отдельных характеристик изучаемых объектов, любое исследование можно определить как систематический способ постановки вопросов — метод изыскания, который следует определенным правилам.

НАУЧНЫЙ ПОДХОД

Приемы научного исследования направлены на изучение явлений систематическими методами, которые являются шагом вперед, по сравнению со случайными наблюдениями. Наука требует, чтобы выводы, подобные тому, который приписывают Галену, были основаны на теориях, подтверждаемых данными контролируемых исследований, и чтобы наблюдения были проверены и повторены, перед тем как будут сделаны заключения. В детской психологии научный подход особенно важен. Порой связи между представляющими интерес переменными могут казаться очевидными, когда их наблюдают вскользь — например, связь между потреблением ребенком большого количества сахара и гиперактивностью, — но на самом деле эти связи часто бывают замаскированы сложными интеракциями и комбинациями переменных. Родители и специалисты, работающие с детьми, имеют склонность связывать между собой переменные, которые они наблюдают, и объединять их с собственными системами представлений. Эти связи могут быть сочтены твердо установленными, независимо от того, в какой степени данные переменные в действительности связаны друг с другом, или от того, подтверждается ли эта связь фактами (Kazdin, 1998).

Для сферы детской психологии характерна существенная доля ненаучных представлений, а также многообразные домашние средства и модные методы лечения. Простые объяснения, такие как «сахар вызывает гиперактивность», или простые решения, например, «родитель никогда не должен уступать просьбам ребенка», соблазнительны, поскольку они сулят родителям или учителям легкий ответ или быстрое решение сложной проблемы. «Народная мудрость» и модные методы лечения намеренно или ненамеренно играют на чувствах родителей детей с проблемами, родителей, которые отчаянно хотят своим детям самого лучшего. В большинстве случаев эти ответы или средства не срабатывают, но иногда они приводят к неблагоприятным последствиям и издержкам для проблемных детей и их семей.

Люди всегда проявляли определенный скептицизм в отношении научных исследований, ведущих к новым знаниям. Оцените следующие комментарии:

Еще несколько неудачных попыток, и мы вскоре забудем об Эдисоне и его электрической

лампочке. Все утверждения, которые он делает, были проверены и оказались неосуществимыми.

(*New York Times*, 16 января 1880)

Теория микробов Луи Пастера — смехотворная фикция. (Pachet, профессор физиологии, Тулуза, 1872)

К счастью, электрическая лампочка, пастеризация и многие другие идеи, к которым когда-то относились со скептицизмом, себя оправдали. Тем не менее в детской психологии существуют немалые основания для скептицизма по отношению к результатам исследований (Kazdin, 1998). Во-первых, эксперты по детским расстройствам часто расходятся во мнениях — эти конфликтующие мнения получают устойчивое освещение в газетах, журналах и телевизионных ток-шоу. Ответы, которые мы получаем на свои вопросы (например, «Делает ли детей более агрессивными показываемое по телевидению насилие? Оказывают ли ясли и детские сады вредное влияние на эмоциональную адаптацию детей?»), часто зависят от того, кому мы задаем эти вопросы. Во-вторых, данные исследований в детской психологии часто противоречат друг другу. Например, в большинстве исследований обнаруживается, что девочки школьного возраста более подвержены депрессии, чем мальчики, но некоторые психологи сообщают о большей распространенности депрессии у мальчиков, чем у девочек, а третьи не выявляют никаких различий. Как же нам подходить к этим не согласующимся между собой и часто противоречивым данным?

Третья причина скептицизма состоит в следующем: исследования приводят к различным рекомендациям, касающимся того, как следует помогать детям с проблемами. Бывают случаи, когда один и тот же метод лечения показывает себя эффективным, не оказывает никакого воздействия и приносит вред. Вот что сказал один практикующий врач, услышав на конференции о новом эффективном методе лече-



Последние исследования в детской психологии привели к новым важным открытиям.

ния: «Я лучше поскорее отправлюсь домой и применю его до публикации результатов исследования, которые покажут, что он не помогает!»

В-четвертых, многие заключения на основании исследований с детьми делаются с оговорками — редко когда даются «черно-белые» ответы. Умеренная дисциплина — хорошо; слишком слабая или слишком суровая дисциплина — плохо. Какие-то методы лечения могут помогать одним детям, но не другим, мальчикам, но не девочкам, детям младшего, но не старшего возраста, в одних ситуациях, но не в других.

Наконец, даже когда научные свидетельства отличаются относительной ясностью и приводят к консенсусу, многие родители и специалисты могут отвергнуть полученные результаты, поскольку они сталкивались с исключением, обычно таким, которое почерпнуто из личного опыта. Например, несмотря на обширные исследовательские данные, показывающие, что регулярное использование родителями сурового физического наказания может крайне негативно сказаться на детях (см. главу 14 «Жестокое обращение с детьми и отсутствие родительской заботы»), родитель может возразить: «Мой отец наказывал меня ремнем, когда я был ребенком, и именно это научило меня тому, как нужно себя вести!»

Поскольку никакое одиночное исследование не является совершенным, важно быть информированным потребителем и помнить, что любая область науки продвигается вперед благодаря систематическому накоплению данных, а не одиночным исследованиям. Последние исследования в детской психологии привели к огромным и поражающим воображение шагам в понимании детей с проблемами, и того, как им лучше всего помочь. В следующем разделе говорится о некоторых уроках, которые следует извлечь из ситуации, когда научные методы и свидетельства игнорируются или отвергаются.

Облегченная коммуникация: случай из практики

Рассказ об облегченной коммуникации является интересной иллюстрацией модных методов лечения. Это также пример того, как широкая общественность и, к сожалению, некоторые специалисты могут не признавать потребность в научных свидетельствах (Gorman, 1999; Jacobson, Mulick & Schwartz, 1995). *Облегченная коммуникация* (facilitated communication, FC) — это разработанная, по-видимому, из лучших побуждений, но очень противоречивая и неправильно используемая процедура обучения коммуникативным навыкам детей с аутизмом и другими нарушениями. Метод состоит в том, что «облегчающий» обеспечивает мануальную помощь, легко прикасаясь к кисти, запястью или руке ребенка, когда тот, предположительно, осуществляет коммуникацию, печатая на клавиатуре или указывая на буквы алфавита. Предполагаемая цель мануальной поддержки со стороны «облегчающего» — помочь ребенку нажать на те клавиши, на которые он хочет нажать, не влияя при этом на выбор клавиши. Однако, поскольку ма-

нуальная помощь со стороны «облегчающего» осуществляется в неопределенных пределах, возможность прямого влияния с его стороны остается.

Облегченная коммуникация получила широкую рекламу, когда было сообщено, что после нее дети демонстрировали уровень грамотности и интеллектуальной компетенции, намного превосходящий их ожидаемые способности (Biklen, 1990). Результаты рассматривались как особо значимые, поскольку типичный ребенок, проходивший курс облегченной коммуникации, страдал всю жизнь аутизмом или глубокой умственной отсталостью или тем и другим одновременно и никогда не разговаривал (Jacobson et al., 1995). Например, по данным одного сообщения, немая девочка, явно не понимавшая назначения денег или значимость праздников или подарков, якобы напечатала, что она не любит Рождество, потому что у нее нет денег на то, чтобы купить своей матери подарок (Dillon, 1993). Странники облегченной коммуникации утверждают, что благодаря этому методу дети с аутизмом могут подбирать фразы и предложения, описывающие сложные воспоминания и чувства, и демонстрировать другие развитые языковые навыки (Biklen & Cardinal, 1997).

Облегченная коммуникация получила широкое некритическое освещение в популярных СМИ и постоянно используется в работе с тысячами неполноценных детей, обходясь, вероятно, в миллионы долларов ежемесячно (Mulick, Jacobson & Kobe, 1993). Однако критики облегченной коммуникации оценивают эту процедуру как шарлатанство — ничем не отличающееся от планшетки для спиритических сеансов. Можно ли приписать экстраординарные результаты применению облегченной коммуникации или же они являются фикцией? Научные исследования указывают на фикцию — объективные демонстрации и контролируемые исследования систематически обнаруживают, что предполагаемая коммуникация ребенка контролируется «облегчающим» (см. врезку 3.1 «Крупным планом»). Осуществляет коммуникацию именно «облегчающий», а не ребенок (Jacobson et al., 1995).

Облегченная коммуникация представляет особый интерес для нашего обсуждения научного подхода, поскольку она отвечает многим из критериев псевдонауки: демонстрации благотворного воздействия основаны на чьих-то рассказах или недостоверных свидетельствах; базисные способности ребенка и возможности спонтанного улучшения игнорируются; а соответствующие научные процедуры отвергаются (Jacobson et al., 1995). Облегченная коммуникация также иллюстрирует потенциально вредные эффекты использования практики, не основанной на научных свидетельствах. Родители, желающие для своих детей самого лучшего, и загруженный работой персонал особенно уязвимы перед ложными надеждами, которые подают сомнительные вмешательства, прежде всего, когда авторитетные лица неправильно представляют или интерпретируют последствия лечения, знакомя родителей с подходом. Негативное влияние облегченной коммуникации на семью явно просматривается в следующем коммен-

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 3.1

Облегченная коммуникация: кто осуществляет коммуникацию?

Споры вокруг облегченной коммуникации (FC) стали особенно жаркими и даже привели некоторые семьи к катастрофическим последствиям, когда люди, облегчающие коммуникацию, решили, что обнаружили сообщения о насилии над ребенком, совершаемом членами семьи. В одном таком случае предполагаемого жестокого обращения со стороны члена семьи облегченная коммуникация была проверена независимым экспертом в трех типах условий. В первых условиях вопросы могли слышать и девочка, и облегчающий ее коммуникацию человек. При этом девочка правильно ответила на 8 или 9 из 10 вопросов. Во вторых условиях облегчающий слушал музыку через наушники, в то время как девочке задавались вопросы. В этом случае девочка не ответила правильно ни на один из вопросов. В третьих условиях и на «облегчающем», и на девочке были наушники, и иногда они слышали одни и те же вопросы, а иногда — разные. В этих условиях девочка ответила правильно на 4 из 10 вопросов, когда она слышала те же вопросы, что и облегчающий, но ответила на все вопросы неправильно, когда слышала другие вопросы. Интересно, что 4 из неправильных ответов девочки оказались правильными ответами на вопросы, которые слышал облегчающий. Какие же выводы можно сделать из этой демонстрации? Кто осуществляет коммуникацию?

Источник: Autism Research Review, 6(1), 1992; процитировано в: Dillon, 1993, с. 287.

тарии, сделанном отцом маленького мальчика с аутизмом:

«Специалисты очень быстро отвергают способности больных аутизмом... Поэтому когда сторонники облегченной коммуникации говорят, что они нашли обходной путь, родители готовы верить. Облегченная коммуникация подкрепляет нашу веру в своих детей. Но... занятия могут стоить 250 долларов. Оборудование — еще 800 долларов. И что мы получаем за эти деньги? Нам говорят, что родители сами «не могут облегчать коммуникацию». Облегченная коммуникация будет требоваться нашим детям всю жизнь, говорят нам, и они никогда не смогут осуществлять коммуникацию сами... Короче, цена, которую нас просят заплатить за попытку общаться со своими детьми, — впустить в свои семьи незнакомцев, чтобы они стали посредниками в наших отношениях с детьми, и слепо верить всему, что нам говорит незнакомый человек».

Марк С. Пейнтер-старший (Dillon, 1993, p. 286)

- Облегченная коммуникация (FC) отвечает многим из критериев псевдонауки, поскольку типовые научные процедуры игнорируются.

В следующем разделе мы рассмотрим процесс исследования в детской патопсихологии. Сначала мы обсудим различные идеи и проблемы, к которым, как правило, обращаются исследователи, изучающие детские расстройства. Далее мы рассмотрим методы, общие подходы и планы исследования, используемые при изучении психопатологии развития. Наконец, мы обсудим важные вопросы этики и прагматики.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПРОЦЕСС

В науке есть нечто чарующее. Вы получаете просто огромную выработку догадок из пустякового вложения фактов.

Марк Твен (1835–1910)

Исследование в детской патопсихологии лучше всего охарактеризовать как многоступенчатый процесс, предполагающий принятие ключевых решений на разных этапах. Как правило, процесс начинается с разработки гипотез на основании теории и предыдущих результатов и с определения общего подхода к исследованию. Далее следует выбор или разработка единиц измерения собираемых данных, идентификация совокупности, которую следует изучить, и выработка плана выборки из совокупности. В плане и процедурах исследования должен быть найден баланс между практическими сторонами проводимой работы и адекватностью исследования, с тем чтобы оно соответствовало изучаемой гипотезе. Финальная стадия состоит из сбора и анализа данных, а также интерпретации результатов с привязкой их к те-

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Научный подход к детской патопсихологии — это определенный образ мышления относительно того, как лучше всего понять интересные вопросы и ответить на них, а не простое накопление специальных методов, практик или процедур.

- Наука требует, чтобы теории были подкреплены свидетельствами, полученными в контролируемых исследованиях, и чтобы наблюдения были проверены и повторены перед тем, как будут сделаны выводы.

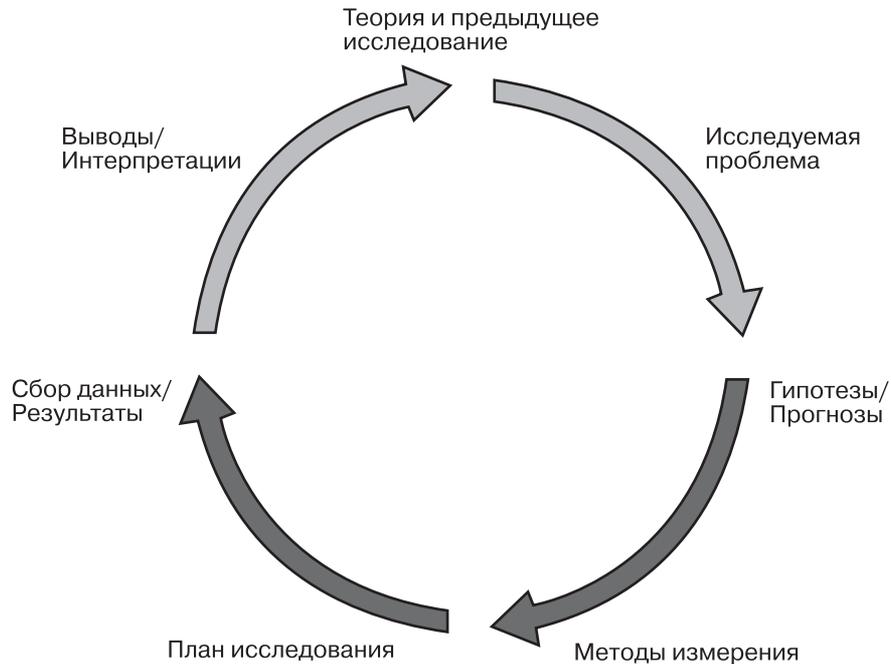


Рис. 3.1. Исследовательский процесс в детской психопатологии.

ории и ранее обнаруженным фактам. В этом непрерывном процессе открытия и интерпретации на основе исследования могут затем использоваться для выработки вопросов будущего исследования и стимулирования дальнейших изысканий.

Основные стадии исследовательского процесса приведены на рис. 3.1. Помните, что на каждой стадии этого процесса должны приниматься во внимание этические аспекты проведения исследования с детьми и их семьями.

На практике большинство проблем в детской психопатологии лучше всего изучать, используя множественные методы и приемы. Поскольку не существует какого-то одного правильного подхода, исследование лучше всего осмысливать внутри некой основной схемы принятия решений. Подобная схема требует понимания теоретических, методологических и практических вопросов, которые позволяют исследователю принимать информированные решения относительно того, когда определенные исследовательские методы и приемы адекватны, а когда нет. Чтобы изучать психопатологию развития, исследователям необходимо включить в общий процесс планы исследования и методы анализа данных, которые могут разграничивать прямые и косвенные эффекты, а также могут идентифицировать, сравнивать и оценивать альтернативные пути развития для различных расстройств. Далее мы рассмотрим некоторые из специальных вопросов, с которыми сталкиваются на разных стадиях исследовательского процесса.

Примеры исследуемых проблем

Уитни: Всегда в печали

Я не понимаю, почему Уитни все время тоскует. Она постоянно спорит со своим братом, ругает школу и ни с кем не дружит. Она всегда была ребенком, подверженным переменам настроения, но совсем испортилась, когда мы с мужем развелись. Являются ли причиной печали особенности ее личности, развод, или же подобные чувства вызывает у нее что-то, происходящее дома или в школе?

Тито: Постоянные драки

Тито постоянно дерется в школе с другими ребятами. Он никогда не делает то, о чем мы его просим. Когда у Тито что-то не получается, он впадает в ярость и начинает швырять и ломать вещи. Мой муж полагает, что Тито просто распушенный ребенок и все, что ему требуется, — это жесткая дисциплина. Он часто наказывает Тито ремнем, но, похоже, это ни к чему не приводит. Я по-настоящему обеспокоена. Изменится ли поведение Тито? Не слишком ли строг мой муж? Чем я могу помочь в этой ситуации?

Это типовые вопросы, которые родители задают о поведении и развитии своих детей. Те же самые

вопросы вызывают к жизни многочисленные исследования патологического поведения детей (Kazdin, 1998). Как правило, исследование начинается с гипотезы, которая представляет собой прогноз относительно поведения, который вытекает из теории. Исследовательские гипотезы часто основаны на теориях атипичического развития и поведения, которые мы обсудили в главе 2 «Теории и причины детской патопсихологии». В некоторых научных исследованиях пытаются сравнивать гипотезы, основанные на одной теории, с гипотезами, основанными на другой, тогда как в иных стремятся проверить прогнозы, выведенные из какой-то одной теории. Когда теоретическая база отсутствует или недостаточна, ученые могут выбрать предмет исследования, не делая определенного прогноза. Например, какое влияние оказывает взросление в семье с одним родителем на психологическую адаптацию ребенка? Больше ли количество детей подвержено депрессии в наши дни, нежели тридцать лет назад? Более ли распространено жестокое обращение с ребенком в нашем обществе, чем в других частях света?

Типовые предметы исследования

Исследовательские гипотезы определяют выбор исследователем методов и планов исследования, наиболее подходящих для получения ответов на поставленные вопросы. В этом разделе мы обсуждаем типовые проблемы, исследуемые в детской патопсихологии.

Характер и распределение детских расстройств.

Эти вопросы касаются того, как определяются и диагностируются расстройства, как они проявляются в различном возрасте и в различных условиях, паттернов симптомов, базовых уровней для различных проблем и их естественного развития с течением времени. К подобным вопросам часто обращаются в **эпидемиологическом исследовании**, или изучении возникновения, преваляирования и совместного проявления детских расстройств и компетенций в клинических и социальных выборках (Costello, 1990). **Уровни инцидентности (возникновения)** отражают то, насколько часто в течение конкретного периода времени появляются новые случаи расстройства. **Уровни преваляирования (распространения)** — это все случаи как новые, так и ранее существовавшие, которые наблюдаются в течение конкретного периода времени. Оценки инцидентности и преваляирования можно получить за какой-то ограниченный период времени, например за 6 месяцев, или за более длительный период. *Преваляирование в течение жизни* показывает, страдали ли дети из выборки данным расстройством когда-либо ранее.

Знание об опасности возникновения и проявлении индивидуальных расстройств в течение жизни помогает нам понять характер расстройства и использовать это понимание как основу для профилактики и лечения (Costello & Angold, 1995). Например, в лонгитюдных исследованиях подростков было обнаружено, что у многих из них депрессия

является рекуррентным (повторяющимся) расстройством с неблагоприятным долговременным исходом. Это знание о течении депрессии привело к появлению многообещающих новых подходов в лечении и профилактике депрессии у молодых людей, которые мы представим в главе 8, посвященной расстройствам настроения.

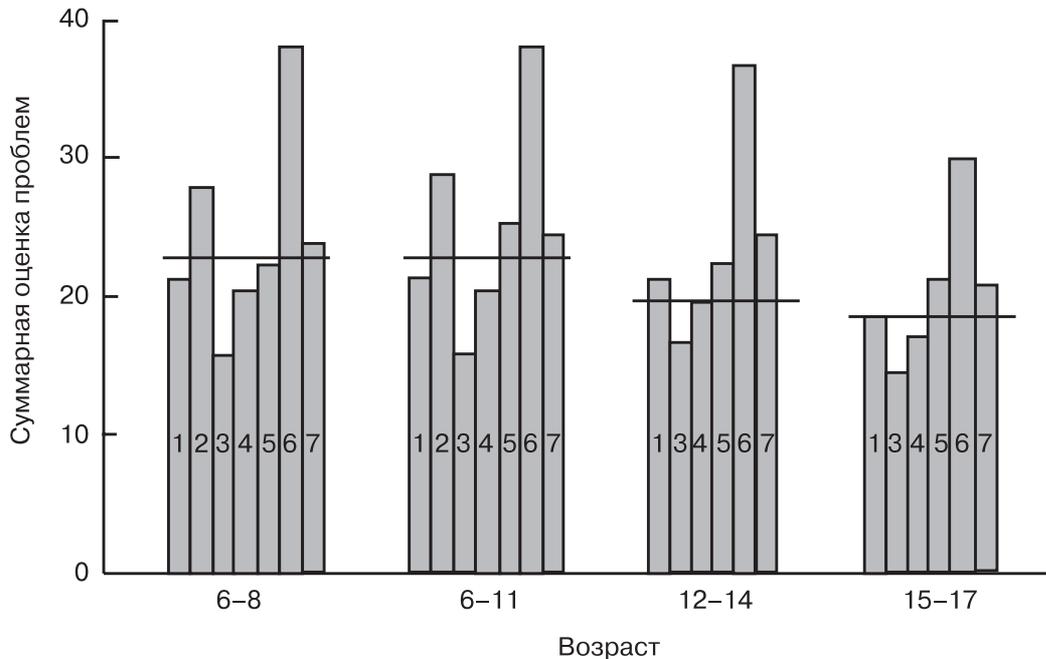
Как отмечалось в главе 1, примерно 10% детей страдают каким-либо клинически диагностируемым расстройством, а гораздо большее число детей демонстрируют специфические симптомы или субклинические проблемы. Однако эти общие уровни затушевывают огромное разнообразие в уровнях, обнаруживаемых от исследования к исследованию. Весьма озадачивает, когда одно исследование сообщает об уровне преваляирования в 1%, а другое фиксирует для того же расстройства уровень в 20%. Аналогичным образом, обнаружено, что уровни детских проблем варьируют от 6 до 20%, когда сообщения о них исходят от учителей, и от 10 до 40%, когда источником сообщений являются родители (Costello & Angold, 1995). На основании некоторых исследований, вы бы могли сделать вывод, что почти у каждого ребенка, с которым вы вступаете в контакт, имеется проблема; на основании других — что проблема столь редка, что задаешься вопросом, существует ли она вообще. Какой же вывод верен? Чтобы ответить на этот вопрос, нам необходимо узнать кое-что об эпидемиологических исследованиях и о том, как проводят оценку.

Важным вопросом в эпидемиологическом исследовании является следующей: «Что составляет случай заболевания?» Случаи можно определять в терминах одиночных симптомов, множественных симптомов или паттернов симптомов с известными причинами и соответствующими характеристиками. Оценки преваляирования варьируют в широких пределах в зависимости от того, какое определение мы используем. Определить случай заболевания в детской патопсихологии сложно, поскольку сами дети не обращаются за помощью. Следовательно, если поставить знак равенства между болезнью и обращением за помощью, это может привести к заблуждению. Факторы, которые вызывают обращение за помощью, часто больше связаны с родителями ребенка, учителями или врачом, чем с поведением ребенка.

По этим причинам важно, чтобы мы изучали психопатологию развития не только у тех детей, которых приводят в клинику, но и у тех, которых *не* приводят. На протяжении всей этой книги вы увидите множество примеров разительных отличий в результатах исследований, в зависимости от того, являются ли объектом исследования дети, являющиеся пациентами клиник, или же социальные выборки.

Уровень и проявление детских симптомов и расстройств часто меняются в зависимости от демографических и ситуативных факторов, таких как социоэкономический статус, супружеский статус родителей, возраст и пол ребенка и так далее. Соответственно, в большинстве исследований эти переменные должны быть оценены и проконтролированы. Многие не согласующиеся результаты в дет-

Врезка 3.2 Межкультурное эпидемиологическое исследование: поведенческие проблемы, сообщенные родителями детей из семи культур



Общие средние оценки проблем, согласно Контрольному перечню поведения ребенка (Child Behavior Checklist, CBCL), и средние оценки проблем по каждой культуре для возрастных интервалов 6–8, 9–11, 12–14 и 15–17 лет. Общие средние оценки по различным возрастам показаны непрерывными линиями. Китай не привел достаточно количества данных по 12–17-летним. Обозначение культур: 1 — Австралия, 2 — Китай, 3 — Германия, 4 — Израиль, 5 — Ямайка, 6 — Пуэрто-Рико, 7 — США.

Общие оценки проблем в семи различных культурах

Потоки беженцев и иммигрантов все увеличиваются и в результате миллионы детей попадают в новые, незнакомые условия. Оценка психического здоровья этих детей может быть затруднена из-за культурных вариаций в том, что именно составляет патологическое поведение, как его идентифицировать и как к нему относиться. Крийнен, Ахенбах и Ферхульст (Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997) изучили 6-месячные уровни превалирования детских проблем, сообщенных родителями или лицами, их заменяющими, в исследовании, проведенном по семи культурам, используя один и тот же измерительный инструмент — Контрольный перечень поведения ребенка (CBCL) (Achenbach, 1991). Как показано на диаграмме, общие оценки проблем детей в Пуэрто-Рико и Китае были выше общих средних по культурам. Напротив, суммарные оценки проблем в Израиле, Германии и Австралии были ниже общих средних. Это эпидемиологическое исследование показывает, что родители в различных культурах сообщают о различных уровнях проблемного поведения у своих детей. Однако исследование не показывает, почему имеют место эти различия. Чтобы ответить на этот вопрос, необходимы другие виды исследований.

Источник: Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997.

Примечание: Оригинальное сообщение включало данные по 12 культурам.

ской патопсихологии — прямое следствие интерпретаций результатов и/или исследовательских планов, которые неспособны принять во внимание эти важные переменные.

Например, дети, подвергающиеся физическому насилию, демонстрируют больше симптомов проблемы, оцениваемых родителями, чем дети, не под-

вергающиеся жестокому обращению. Однако это различие можно и не обнаружить, когда группы детей, подвергающихся и не подвергающихся жестокому обращению, совпадают в отношении социально-экономического статуса (D. Wolfe & Mosk, 1983). Аналогичным образом, хотя расстройства поведения, как сообщается, более распространены среди

афро-американских подростков, чем среди евро-американцев, эти данные, скорее всего, являются результатом различий социально-экономического статуса. То есть поведенческие расстройства преобладают в семьях с низким социально-экономическим статусом, а поскольку в США афро-американские дети чаще растут именно в таких семьях, велика вероятность, что связь между расой и поведенческими расстройствами объясняется условиями, имеющими отношение к развитию в бедной семье (Lahey et al., 1995). Важность культурных различий показана во врезке 3.2 «Крупным планом», в которой дан пример эпидемиологического исследования типов поведенческих проблем, сообщенных родителями детей из семи культур.

Корреляты, риски и причины. Уитни, которую мы упоминали в начале этого раздела, постоянно тоскует, что, по-видимому, связано с несколькими переменными: ее предрасположенностью к смене настроения, разводом родителей, проблемами в школе и отсутствием подруг. Отвечает ли за ее печаль какая-либо из этих переменных, одна или в совокупности с другими? Если да, то каким образом? Переменными, представляющими интерес в детской патопсихологии, могут быть корреляты, факторы риска и защиты или причины других переменных. Значительная часть исследований в детской патопсихологии нацелена на получение ответов на вопросы, касающиеся связи между этими тремя общими типами переменных и детскими психическими расстройствами. Поскольку большинство детских расстройств являются результатом множественных переменных различного типа, взаимодействующих друг с другом во времени, ответы на эти вопросы редко бывают однозначными.

Коррелируемые переменные связаны между собой в определенный момент времени и нет какого-либо явного доказательства, что одна предшествует другой. Так, отсутствие у Уитни подруг связано с ее печалью. Тоскует ли она потому, что не имеет подруг, или же печаль мешает ей устанавливать дружеские отношения? Поскольку мы не знаем, какая из этих переменных появилась первой, отсутствие у Уитни подруг и ее печаль являются коррелируемыми переменными.

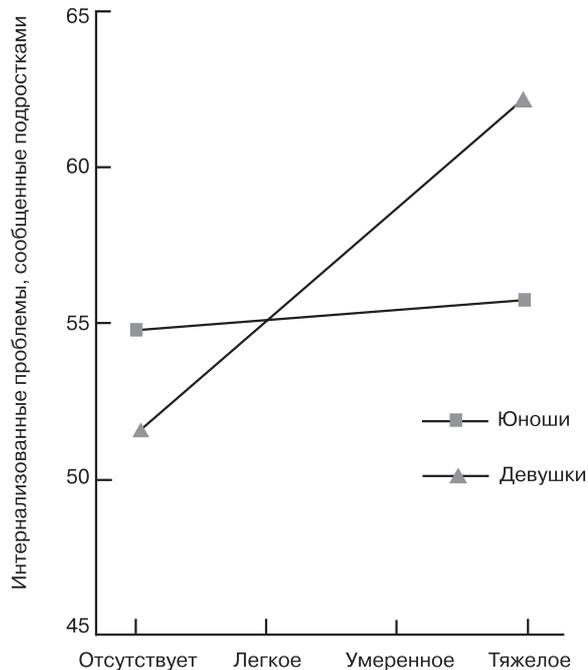
Как говорилось в главе 1, фактор риска — это переменная, которая предшествует интересующему нас исходу и увеличивает вероятность того, что последний будет иметь место. Например, настроение Уитни ухудшилось после развода ее родителей. Считаете ли вы, что развод родителей представляет собой фактор риска, способствующий развитию у детей депрессии или других проблем? Помните, что фактор риска увеличивает вероятность того, что может иметь место определенный исход. Наличие фактора риска не означает, что этот исход обязателен; все будет зависеть от других факторов. Очевидно, что большинство детей разведенных родителей не впадают в депрессию. Развод не является причиной депрессии или низкой самооценки, но он может быть фактором риска (Netherington, Bridges &

Insabella, 1998). Защитный фактор — это переменная, которая предшествует интересующему нас исходу и уменьшает вероятность того, что последний будет иметь место. Тесные отношения между Уитни и ее мамой могут служить защитным фактором, который предотвратит эпизоды депрессии в будущем.

Исследование факторов риска и защиты часто требует, чтобы были изучены большие выборки детей и чтобы множественные области функционирования детей (физического, интеллектуального, психосоциального) оценивались на протяжении длительных периодов времени. Это необходимо, поскольку (1) фактически расстройство возникает только у небольшого процента детей, которым оно может грозить; заранее неизвестно, какие области функционирования детей будут затронуты и каким образом; точно так же заранее не известны моменты развития, в которые может возникнуть или повториться расстройство. Иногда последствия подверженности какому-то фактору риска в период младенчества или раннего детства могут остаться незамеченными до наступления юности или зрелости. Возможность, что будут иметь место отложенные, или *спящие*, эффекты, усложняет изучение факторов риска и защиты, поскольку, если необходимо выявлять отложенные эффекты, детей следует наблюдать в течение многих лет.

Наконец, еще одним видом переменных являются причины, а это означает, что они влияют либо непосредственно, либо через другие переменные, на появление интересующего исхода. Отец Тито прибежал к суровым наказаниям, когда его сын плохо себя вел. Являются ли эти наказания причиной агрессивного поведения Тито? Перенимает ли Тито агрессивность от своего отца? Вопросы, касающиеся причин, сложны, поскольку то, что квалифицируется как причина, будет меняться в зависимости от интересующих переменных и от того, насколько далеко в прошлое может быть прослежена причинная цепочка. Детерминанты расстройств детства редко включают простые парные причинно-следственные связи (Kazdin & Kagan, 1994). Поскольку детские расстройства почти всегда являются следствием многих причин, задача исследователей — идентифицировать относительное влияние каждого из этих факторов и определить, как они комбинируют или взаимодействуют во времени, приводя к определенному исходу.

Переменные-модераторы и медиаторы. Факторы, которые влияют на направление или силу связи между интересующими переменными, называют **переменными-модераторами (умеряющими)**. Связь между двумя переменными зависит от переменных-модераторов, таких как пол, возраст, социально-экономический статус, этническая принадлежность или семейные характеристики ребенка, или является их функцией. Например, в исследовании, изучавшем связь между предысторией физического насилия над собой, о котором сообщали подростки, и сообщенными ими интернализированными проблемами (например, тревога и депрессия), МакГи, Вулф и



Тяжесть физического насилия, сообщенная подростками

Рис. 3.2. Интернализированные проблемы, сообщенные подростками. (McGee et al., 1997)

Уилсон (McGee, Wolfe & Wilson, 1997) обнаружили, что корреляция между тяжестью предшествующего жестокого обращения и интернализированными проблемами у девушек была большей, чем у юношей (см. рис. 3.2); пол был переменной-модератором. То есть связь между двумя переменными (в данном случае между жестоким обращением и интернализированными проблемами) менялась в зависимости от третьей переменной (был ли участник исследования юношей или девушкой).

Процесс, механизм или средство, путем которого переменная приводит к определенному исходу, называют переменной-медиатором. **Переменные-медиаторы (опосредующие)** описывают происходящее на психологическом или нейробиологическом уровне, с целью объяснения того, как одна переменная происходит из другой. В своем исследовании Дж. Снайдер (Snyder, 1991) установил, что в дни, когда матери 4–5-летних детей находились в плохом настроении и часто конфликтовали, они чаще реагировали негативно на плохое поведение своих детей и усиливали принуждение ребенка во время кон-

фликтов с ним. В свою очередь, использование матерью этого вида наказания было связано с возрастанием поведенческих проблем ребенка в те же самые дни. Как показано на рис. 3.3, эти данные указывают, что связь между материнским дистрессом и проблемами поведения ребенка частично опосредуется дисциплинарными приемами, используемыми матерями в дни, когда они испытывают дистресс. Эти дисциплинарные приемы помогают объяснить связь между материнским дистрессом и проблемами поведения ребенка.

Исход. Каким может быть долговременный исход в случае детей с психологическими проблемами? Многие проблемы детства идут на убыль или исчезают, когда дети взрослеют, но нам необходимо знать, приблизительно в каком возрасте можно ожидать подобных улучшений? Аналогичным образом, возникнут ли другие проблемы, скажем, выработается ли у ребенка низкое мнение о себе из-за, допустим, ночного недержания мочи или излишнего беспокорства по поводу занятий в школе? Возвращаясь к оппозиционному и агрессивному поведению Тито, можно ли ожидать, что оно пойдет на убыль или исчезнет, когда он станет старше, или же оно предвещает продолжение конфликта со сверстниками, будущие проблемы в школе и последующие трудности в социальной адаптации?

Вмешательства. Насколько эффективны наши методы лечения и профилактики детских проблем? Являются ли одни виды вмешательства более эффективными, чем другие? Вопросы лечения и профилактики касаются оценки непосредственных и долговременных эффектов психологических, средовых и биологических методов лечения; сравнения относительной эффективности различных форм и комбинаций лечения; установления причин того, почему конкретное лечение помогает. Они также касаются идентификации факторов, которые влияют на обращение за помощью и лечебный процесс; понимания того, как вспомогательные процессы терапии, например отношения терапевт—клиент, влияют на результаты лечения; оценки доступности эквивалентных форм лечения для детей и значимых взрослых (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992).

Многие методы лечения детей и подростков еще даже не оценивались (Kazdin, 2000), хотя эта ситуация постоянно улучшается. Как мы будем говорить в главе 4 «Обследование, диагноз и терапия», исследования показывают, что дети, которые проходят

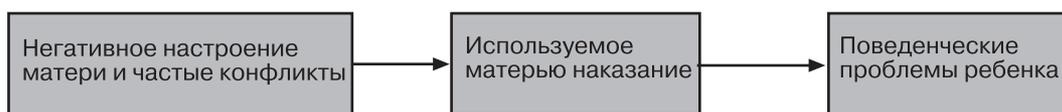


Рис. 3.3. Переменные-медиаторы: вид наказания, используемый матерями в дни, когда они испытывают дистресс, опосредует связь между материнским дистрессом и поведенческими проблемами ребенка.

лечение, как правило, чувствуют себя лучше, чем те, кто не лечится. Однако существует насущная потребность оценить вмешательства хотя бы детей, находящихся в реальной клинической обстановке (Kazdin & Weisz 1998; Weisz, 1998).

Необходимо провести важную грань между действенностью и эффективностью лечения. **Действенность лечения** относится к тому, способно или нет лечение вызвать изменения при надежно контролируемых условиях. В исследованиях действенности осуществляется тщательный контроль за отбором случаев, терапевтами, а также за проведением и мониторингом лечения. Напротив, **эффективность лечения** относится к тому, можно ли показать, что лечение помогает в реальной клинической практике, а не только в надежно контролируемых условиях. В исследованиях эффективности лечение оценивается в клинической обстановке, клиентов обычно направляют на лечение, а не подбирают, и терапевты оказывают помощь в отсутствие многих видов строгого контроля, используемых в исследовании (American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines, 1995). Как правило, обнаруживается, что польза, которую лечение приносит детям с проблемами, в контролируемых исследовательских условиях (проверка действенности) больше, чем в клинической практике (проверка эффективности) (Weiss, Carton & Harris, 2000; Weisz, Donenberg, Han & Weiss, 1995).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Исследование — это многоступенчатый процесс, который включает в себя разработку гипотезы, определение общего подхода, выбор единиц измерения, выработку исследовательского плана и процедур, сбор и анализ данных и интерпретацию результатов.
- Используемая исследователем теория патологического поведения ребенка определяет изучаемые

переменные, выбор методов исследования и интерпретацию результатов исследования.

- Типовые вопросы в детской патопсихологии касаются коррелятов, факторов риска и защиты, причин, переменных-модераторов и медиаторов, исхода и вмешательств в случае детских расстройств.

Познакомившись с теми вопросами, к которым обычно обращаются исследователи в области детской патопсихологии, мы переходим к методам, используемым для получения ответов на эти вопросы.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ

Изучение эмоциональных и поведенческих проблем детей требует, чтобы мы измерили эти проблемы способами, которые надежны, валидны и могут быть статистически проверены. Это нелегкая задача. Проблемы детей должны быть оценены на основании выборок поведения в ситуациях, которые часто отражают различные точки зрения взрослых. На эти оценки, скорее всего, повлияют возраст, пол и культурная среда ребенка, а также личные нормы оценивающих. *В результате никакое одиночное измерение не способно дать полностью адекватную картину детских проблем, и необходимы множественные замеры и источники информации.*

Стандартизация, надежность и валидность

Измерения и методы, которые мы используем для изучения поведения ребенка и семьи, должны пройти тщательное исследование, с тем чтобы можно было определить, насколько точно они оценивают определенные конструкты, такие как депрессия, тревога или умственная отсталость. Использование хорошо стандартизованных, надежных и валидных единиц измерения и процедур крайне важно для подлинно научного исследования, как это показано на рис. 3.4.



Рис. 3.4. Понятия, которые определяют ценность наших методов измерения и оценки.

Стандартизация — это процесс, который определяет набор стандартов или норм для процедуры измерения, с тем чтобы его можно было систематически использовать при различных оценках конструкта. Эти стандарты и нормы относятся к процедурам, которым необходимо следовать во время проведения исследования, сбора и оценки данных. В некоторых случаях измерение может проводиться на больших группах детей, которые различаются по определенным характеристикам, таким как возраст, пол, раса, социально-экономический статус или диагноз. Эти оценки можно затем использовать в целях сравнения. Например, тестовые оценки 8-летнего мальчика из среды с низким социально-экономическим статусом следует сравнивать оценками других детей, подобных ему, а не с оценками 16-летней девушки из среды с высоким социально-экономическим статусом.

Надежность относится к согласованности или повторяемости измерений. Чтобы быть надежными, измерения не должны зависеть от какого-то одного наблюдателя или клинициста; разные люди должны приходиться к согласию в отношении того, что они видят. Это называют *согласием между оценивающими* (interrater agreement). Представьте свою реакцию, если вы покажете ребенка трем различным психологам, и они поставят ему три разных диагноза и порекомендуют три разных метода лечения. Как вам определить, какой из диагнозов верен? В этом случае диагнозы не будут надежными, поскольку два психолога или более не пришли к согласию. Аналогичным образом различные измерения, такие как тесты или интервью, когда они повторяются в течение короткого интервала времени, должны давать схожие результаты в обоих случаях. Другими словами, результаты должны быть стабильными во времени; это называют *надежностью теста и повторного теста* (test-retest reliability).

Одной надежности недостаточно для определения того, отражает ли метод цели исследователя — должна быть продемонстрирована и валидность. **Валидность** метода показывает, в какой степени он действительно измеряет параметр или конструкт, который исследователь собирается измерить. Валидность можно оценить рядом способов. Во-первых, измерение можно проверить на его *лицевую валидность* (face validity), или степень, в которой оно, как представляется, оценивает интересующий конструкт. *Конструктивная валидность* (construct validity) относится к тому, ведут ли себя при измерении оценки так, как предсказывают теория или прошлые исследования — к значению, вкладываемому в оценки. *Конвергентная валидность* (convergent validity) отражает корреляцию между измерениями, которые, как ожидается, связаны между собой, — показатель степени, в которой два измерения оценивают схожие или связанные конструкты. С этой валидностью контрастирует *дискриминантная валидность* (discriminant validity), которая относится к степени корреляции между измерениями, которые, как ожидается, не связаны друг с другом.

Наконец, *связанная с критерием валидность* (criterion-related validity) относится к тому, насколько

точно измерение предсказывает поведение в условиях, где, как мы ожидаем, оно должно это делать либо в то же самое время (*конкурентная валидность* — concurrent validity), либо в будущем (*предиктивная валидность* — predictive validity). Например, высокие показатели ребенка при измерении социальной тревожности должны предсказывать, что ребенок проявит тревогу или избежание в текущих социальных ситуациях и, возможно, будет испытывать трудности с установлением дружеских отношений в будущем. Связанная с критерием валидность говорит, можно ли использовать показатели, полученные при измерении, для той цели, для которой они предназначены, — обладает или нет измерение *практической пригодностью*.

Измерения

Для оценки важных параметров когнитивного, поведенческого и эмоционального функционирования детей существуют самые разные методы измерения (Mash & Terdal, 1997). Эти методы представляют собой подробные планы наблюдения и оценки детей и их окружения способами, которые выявляют относительно явные связи между интересующими переменными. Важный вопрос, касающийся методов измерения: кто будет делать выводы относительно поведения — участники с помощью методов самоотчета или исследователь, используя методы наблюдения?

Среди методов, используемых в детской психологии, — интервью, вопросники, контрольные листы и оценочные шкалы, психофизиологические записи и непосредственные наблюдения за поведением (Bellack & Hersen, 1998; Kamphaus & Frick, 1996; Mash & Terdal, 1997b). Кроме того, используются разнообразные интеллектуальные, академические и нейропсихологические тесты. В этой главе мы сосредоточим внимание главным образом на том, как эти методы используются в исследовании. Об их использовании в клинической практике и о тестах и тестировании мы поговорим более подробно в главе 4 «Обследование, диагноз и терапия».

Как показано в табл. 3.1, сравнение трех наиболее часто используемых методов сбора данных — интервью, вопросников и наблюдения — демонстрирует, как они различаются между собой по важным параметрам. Поскольку информация, которую мы получаем от детей и семей часто варьирует как функция используемых методов, исследователи нередко полагаются на подход, включающий несколько методов с целью определения и оценки интересующих конструктов.

Сообщения

Методы, использующие сообщения, оценивают восприятия, мысли, способности, установки, представления, чувства и прошлый опыт ребенка, родителей и учителей. Этот инструментарий включает относительно неструктурированные клинические интервью, высокоструктурированные диагностические

Таблица 3.1
Интервью, вопросник и наблюдение

	Интервью	Вопросник	Наблюдение
Структура ситуации	Полуструктурированная или структурированная	Высокоструктурированная	Структурированная или естественная
Структура ответов	Возможность для зондирования, распространения и прояснения	Высокоструктурированная: нет возможности для зондирования и прояснения	Данные, которые нужно зафиксировать, могут варьировать от очень обширных до высокоизбирательных
Требования к ресурсам	Требуется значительное время для проведения интервью и кодирования ответов	Экспериментатору требуется мало времени	Требуется много времени для наблюдения и кодирования его результатов
Источники погрешности	Опирается на восприятие участников и их готовность давать сведения. На ответы могут повлиять характеристики и манеры берущего интервью	Опирается на восприятие участников и их готовность давать сведения	Не опирается на откровение участников, но на результат могут повлиять их реакции
Редукция данных	Требуется анализ повествовательных ответов или запись с разбиением на категории	Требуется незначительная редукция данных	На объект наблюдения сильно влияет система кодирования результатов наблюдения

интервью и вопросники. Проблемой со всеми методами сообщения является то, насколько точно дети и родители рассказывают о собственных мыслях, чувствах и поступках. Неточность может иметь место из-за неспособности припомнить важные события, избирательности воспоминания или тенденциозности, а также, в некоторых случаях, из-за намеренных искажений. Например, некоторые информаторы могут попытаться представить себя или других в лучшем или худшем свете. Кроме того, методы сообщения требуют определенного уровня вербальной способности и могут неточно оценивать индивидуумов, которым трудно выразить свои мысли. Очевидно, что в эту категорию попадают маленькие дети — до 7–8 лет они обычно не слишком надежные информаторы.

Психофизиология и нейроизображение

Психофизиологические методы оценивают связь между физиологическими процессами и поведением. Эти методы пытаются идентифицировать, какие структуры и процессы центральной нервной системы способствуют атипическому развитию и поведению детей. Среди наиболее распространенных объектов измерений активность периферической нервной системы, например, частота пульса, артериальное давление, дыхание, расширение зрачков и электрическая проводимость кожи. Например, изменения частоты пульса могут быть связаны с такими эмоциональными состояниями, как заинтересованность, гнев или печаль. Кроме того, специфические паттерны автономного возбуждения могут иметь связь с различиями в темпераменте детей — например, с их степенью застенчивости при контактах с людьми или с реакциями на новые события (см. обсуждение в главе 7).

Однако использование психофизиологических измерений, особенно в случае маленьких детей, имеет ряд ограничений. Иногда результаты этих измерений не согласуются между собой при переходе от одного исследования к другому, и, возможно, исследователям придется делать умозрительные выводы относительно того, как ребенок мог прореагировать на какое-то событие или стимул. Кроме того, на физиологический ответ ребенка могут легко влиять другие факторы, например, его реакция на регистрирующее оборудование или на другие состояния, такие как голод, усталость или скука. Эти внешние влияния необходимо минимизировать, если заключения должны быть основаны на психофизиологических измерениях.

Во многих исследованиях используются *электрофизиологические измерения* функционирования головного мозга, такие как электроэнцефалограмма, чтобы связать измеряемую электрическую активность мозга с текущими мыслями, эмоциями или состояниями возбуждения. **Электроэнцефалограмма (ЭЭГ)** регистрирует электрическую активность головного мозга, используя электроды, которые прикладывают к поверхности черепа ребенка. Поскольку различные волны ЭЭГ связаны с различными состояниями возбуждения, она позволяет определить, как эти состояния могут соотноситься с лежащими в их основе расстройствами сна. Различные паттерны активации ЭЭГ могут также указывать на различный опыт и проявления эмоций. Например, было установлено, что пугливые или заторможенные дети демонстрируют больше электрической активности в правой лобной доле мозга относительно левой лобной доли, когда их сравнивают с непугливыми детьми (Fox, 1991).

Наконец, новые способы изучения головного мозга, использующие процедуры нейроизображения, делают возможной проверку нейробиологических

теорий в случае многих психических расстройств детского возраста (Thatcher, Lyon, Rumsey & Krasnegor, 1996; Zametkin, Ernst & Silver, 1998). **Нейроизображением** (нейроимеджингом) называют приемы, используемые для изучения структуры и/или функции головного мозга (С. А. Nelson & Bloom, 1997). Процедуры получения структурных изображений мозга включают в себя *магнитно-резонансную томографию (МРТ)* (magnetic resonance imaging, MRI), основанную на явлении ядерного магнитного резонанса (ЯМР) и *компьютерную томографию* (coaxial tomographic, CT). ЯМР использует генерируемые в сильном магнитном поле и пропускаемые через ткань мозга радиосигналы с целью проведения анализа мельчайших структур мозга. Компьютерная томография показывает крупные структуры мозга. Как мы увидим, данные КТ- и ЯМР-исследований привели к созданию патофизиологических моделей, таких как церебральная модель при аутизме (глава 10 «Аутизм и детская шизофрения») и гипотеза патологического нервного созревания при СДВ (глава 5 «Гиперкинетическое расстройство и дефицит внимания (ГДРВ)»).

Также используются различные приемы функционального изображения. Двумя из наиболее часто используемых методов являются *позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)* (positron emission tomography, PET) и *функциональная магнитно-резонансная томография* (functional magnetic resonance imaging, fMRI). ПЭТ-сканирование оценивает церебральный метаболизм глюкозы. Глюкоза является основным источником энергии в головном мозге, поэтому измерение того, сколько ее используется, — это хороший способ определить уровень активности мозга. Изменения в кровотоке внутри ткани мозга в ответ на специфические стимульные события выявляются магнитным способом с получением исключительно четких компьютерных изображений активизированных областей мозга. Процедуры функционального изображения обеспечивают трехмерные изображения активности мозга и дают наиболее точную информацию, касающуюся того, какие участки мозга отвечают за определенные функции или аномально функционируют в случае определенных расстройств.

Исследования с помощью нейроизображения показывают нам, что у детей с конкретным расстройством налицо структурные различия или пониженная активность в некоторых областях мозга, но они не говорят, почему это происходит. Хотя и многообещающие, процедуры получения изображения мозга для изучения психопатологии развития по-прежнему находятся в своей ранней стадии.

Наблюдение

*Вы можете многое увидеть,
если будете наблюдать.*

Йоги Берра

Используя систематические *методы наблюдения*, исследователь может непосредственно наблюдать поведение ребенка и других людей в условиях, ко-



10-летний ребенок перед началом исследования, использующего функциональную магнитно-резонансную томографию (fMRI).

торые простираются от неструктурированных наблюдений в естественном окружении ребенка, называемых **естественным наблюдением**, до высокоструктурированных ситуаций, которые предполагают использование специфических заданий или инструкций, обычно осуществляются в клинике или лаборатории и называются **структурированным наблюдением** (Mash, 1991). Используя естественное наблюдение, исследователь приходит в дом, класс или детский сад, чтобы пронаблюдать и зафиксировать интересующее его поведение ребенка, а часто и других людей, с которыми ребенок общается, например, родителей, учителей, братьев и сестер, сверстников. Или же исследователь может в естественной обстановке заснять на видео пленку поведение, которое можно впоследствии закодировать.

Исследователь, использующий структурированные наблюдения в лаборатории или клинике, создает ситуацию или разрабатывает инструкции, чтобы вызвать поведение, представляющее особый интерес. К примеру, многочисленные исследования привязанности оценивают реакции маленьких детей на все более стрессовые эпизоды разлучения их с опекунами и воссоединения с ними в лаборатории, используя «незнакомую ситуацию» Эйнсуорта, рассмотренную в главе 2 «Теории и причины детской патопсихологии» (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Путем структурирования ситуации, с тем чтобы вызвать специфическое поведение привязанности, «незнакомая ситуация» позволяет исследователям оценить надежность привязанности детей, отмечая, насколько эффективно они могут использовать своих опекунов в качестве источника утешения во время дистресса.

Структурированные лабораторные или клинические наблюдения достаточно эффективны и обладают тем преимуществом, что фокусируют наблюдения на интересующем явлении. Этот метод особенно полезен для изучения поведения ребенка, которое в повседневной жизни редко имеет место.

Структурированные наблюдения дают исследователю больший контроль над ситуацией, чем естественные наблюдения, а также обеспечивают использование других оценочных процедур. Например, когда процесс обсуждения какой-либо проблемы записывается на видеопленку, можно использовать повторные воспроизведения интеракции, чтобы спросить членов семьи, о чем они думали во время обсуждения (Sanders & Dadds, 1992). Что касается негативной стороны, то возникают вопросы по поводу того, обеспечивают ли наблюдения в лаборатории или клинике репрезентативную выборку интересующего поведения (Dadds & Sanders, 1992). Когда человека снимают на видеопленку или наблюдают за ним через сквозное зеркало, он чувствует себя в некотором роде, как в аквариуме; дети и родители могут вести себя в лаборатории не так, как в реальной жизненной обстановке. В целом, выборки поведения, которые получены с использованием методов наблюдения, — независимо от того, проводится ли оно в лаборатории или в условиях реальной жизни, — должны рассматриваться как «поведение в присутствии наблюдателя».

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Измерения и методы, используемые для изучения поведения ребенка и семьи, должны быть стандартизированы, надежны и валидны.
- Методы самоотчета включают в себя неструктурированные интервью, вопросники и формальные тесты.
- Психофизиологические методы используются для оценки связи между физиологическими про-



За 7-летним ребенком с расстройством поведения наблюдают в тот момент, когда он играет в структурированной лабораторной ситуации.

цессами и поведением и включают в себя замеры частоты пульса, артериального давления, дыхания, расширения зрачков и электрической проводимости кожи.

- Электрофизиологические измерения, такие как ЭЭГ, связывают электрическую активность головного мозга с текущими мыслями, эмоциями или состояниями возбуждения.
- Процедуры нейроизображения используют для изучения структуры и/или функций отдельных участков головного мозга.
- Методы наблюдения используют для непосредственного наблюдения за поведением ребенка и других людей в неструктурированных ситуациях, таких как домашняя обстановка или класс, и в структурированных ситуациях с заданиями в лаборатории или клинике.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПРИЕМЫ

Исследовательские приемы, используемые для изучения детей с проблемами, в конечном счете способствуют общей точности исследовательских данных и заключений. Если исследователь выбирает испытуемых в тенденциозной манере или выбирает исследовательское задание, которое не является репрезентативным для интересующей проблемы, то валидность результатов может покоиться на шатком основании — исследование может не являться объективной проверкой исследуемого вопроса.

Научные исследования можно проверить на их внутреннюю и внешнюю валидность. **Внутренняя валидность** отражает то, в какой степени результаты, изменения или групповые различия продиктованы конкретной переменной, а не внешними влияниями. Угрозами внутренней валидности могут быть созревание, эффекты тестирования и погрешности отбора испытуемых. Например, давайте предположим, вы обнаружили, что проведение релаксационного обучения с группой 5-летних детей в течение нескольких месяцев уменьшает их ночные страхи. Не исключено, что наблюдаемое снижение может быть вызвано внешними влияниями созревания и тестирования — страхи уменьшаются потому, что дети становятся старше или оцениваются повторно, а не в результате обучения релаксации.

Уменьшение страхов могло быть также вызвано *погрешностями отбора испытуемых* — факторами, которые действуют при отборе испытуемых или при выборочном отсеивании (потере) и сохранении испытуемых во время исследования. Например, если для нашего исследования отобраны только дети с легкими страхами, велика вероятность, что их страхи уменьшатся со временем, даже при отсутствии лечения, чего не произойдет у детей с более сильными страхами. Кроме того, если дети с более сильными страхами или те, кому релаксационное обучение не

помогло, прекратят участвовать в исследовании досрочно, наблюдаемое уменьшение страхов может быть следствием такого выборочного отсева испытуемых, а не лечения. Эти и другие угрозы внутренней валидности должны быть учтены в исследовательском плане и при интерпретации результатов.

Внешняя валидность относится к тому, в какой степени результаты могут быть обобщены или распространены на людей, условия, периоды времени, измерения и характеристики, отличающиеся от тех, которые имели место в конкретном исследовании. Угрозами внешней валидности могут быть реакции испытуемых на участие в исследовании, обстановку, в которой проводится исследование, и время, когда осуществляются измерения (Kazdin, 1998). К примеру, дети или родители могут вести себя неестественным образом в незнакомой лабораторной обстановке. Если результаты исследования в лаборатории заметно отличаются от того, что выявлено в условиях реальной жизни, наше исследование имеет низкую внешнюю валидность.

Идентификация выборки

Необходимо тщательно продумать процесс идентификации и получения выборок детей. Во-первых, валидность любого исследования в детской психологии в конечном счете зависит от классификационных систем, которые используются для идентификации выборок детей, участвующих в исследовании. Точное определение выборки крайне важно для сравнения результатов, полученных в разных исследованиях, и для ясности коммуникации между исследователями. Отсутствие подобных универсальных стандартов может привести к тому, что появятся большие различия в оцененных базовых уровнях для разных расстройств детства.

В дополнение к определению нашей выборки, вторым моментом является необходимость учета возможных коморбидностей среди нашей выборки. **Коморбидность (сопутствующий патологический процесс)** — это одновременное проявление двух или более детских расстройств, которое имеет место намного чаще, чем могло бы быть предсказано, исходя из базовых уровней индивидуальных расстройств для общей совокупности. Подобная коморбидность оказывает прямое влияние на отбор участников исследования и интерпретацию результатов. Исследовательские выборки, которые составлены из клинических совокупностей, будут иметь непропорционально высокий уровень коморбидности, поскольку обращение за помощью, скорее всего, будет основано на комбинированной симптоматике всех расстройств.

Чтобы решить вопрос с коморбидностью в исследовательских выборках, некоторые исследователи могут отбирать только участников с одиночными, или чистыми, расстройствами. Этот прием может привести к малым, атипичным выборкам, результаты по которым нельзя переносить на другие совокупности. В свою очередь, неспособность учесть коморбидность может привести к интерпретации ре-

зультатов применительно к одному расстройству, тогда как эти результаты с большей валидностью относятся ко второму расстройству или к некоторой комбинации расстройств. Чтобы вычленить эффекты коморбидности, необходимы исследовательские приемы, сравнивающие детей, у которых проявляются одиночные расстройства, с детьми, демонстрирующими коморбидные расстройства.

И кроме того, мы должны быть восприимчивы к среде и источнику направления детей на исследование. *Случайный отбор*, предполагающий, что испытуемые берутся из совокупности таким образом, что каждый индивид в этой совокупности имеет равный шанс быть выбранным для исследования, — редкое явление в исследованиях детской психопатологии. На другом конце спектра — исследования, которые используют «удобные» выборки, когда испытуемых отбирают для исследования только из-за их доступности, независимо от того, обеспечивают они или нет удовлетворительную проверку интересующих вопросов или условий. Исследовательские выборки в детской психологии получают из многообразной среды, включая амбулаторную психологию и психиатрические клиники, школы, больницы, детские сады и население в целом. Эффекты, связанные с различной средой, часто путают с эффектами, связанными с различными источниками направления детей на исследование, поскольку источники направления также различаются в зависимости от среды.

Общие подходы

Существует несколько различных, но взаимодополняющих, подходов к плану исследования, которые имеют свои преимущества и недостатки. Выбор подхода часто зависит от рассматриваемых в исследовании вопросов, характера изучаемого детского расстройства и доступности ресурсов.

Неэкспериментальное и экспериментальное исследование. Научное исследование старается упростить и изолировать переменные, с тем чтобы изучить их более внимательно. Эта цель достигается путем изменения значений интересующих переменных и манипулирования ими при одновременном контроле или сохранении постоянными других факторов, которые могут влиять на результаты. Такие действия делают возможным изучение связи между конкретными переменными (Kazdin, 1998). Это базовое различие между неэкспериментальным и экспериментальным исследованием отражает то, в какой степени исследователь может манипулировать экспериментальной переменной или, наоборот, должен полагаться на изучение естественной ковариации нескольких интересующих переменных. *Независимой переменной* называют ту, которой исследователь манипулирует — на основании исследовательской гипотезы ожидается, что независимая переменная вызовет изменение в другой переменной. Переменную, на которую, как ожидается, повлияет независимая переменная, называют *зависимой*. Чем больше степень контроля, который ис-

следователь имеет над независимой переменной, тем ближе исследование к истинному эксперименту.

Истинный эксперимент — такой, в котором исследователь обладает максимальным контролем над интересующей независимой переменной или условиями и может использовать случайное определение испытуемых в группы, включать необходимые контрольные условия и контролировать возможные источники погрешности. И наоборот, чем меньшим контролем обладает исследователь при определении того, какие участники будут, а какие не будут подвергнуты воздействию независимой переменной, тем более неэкспериментальным окажется исследование. Большинство переменных, представляющих интерес в детской психопатологии, нельзя манипулировать непосредственно (к примеру, характером или тяжестью расстройства ребенка, родительскими методами воспитания, генетическими влияниями). В результате значительная часть исследований, проводимых с проблемными детьми и их семьями, опирается на неэкспериментальные, корреляционные подходы.

В *корреляционных исследованиях* специалисты часто изучают связи между переменными, используя **коэффициент корреляции**, величину, которая описывает степень связи между двумя переменными. Коэффициент корреляции может меняться в пределах от $+1,00$ до $-1,00$. Уровень корреляции показывает силу связи между двумя переменными. Нулевая корреляция указывает на отсутствие связи; чем ближе значение к $+1,00$ или $-1,00$, тем сильнее связь. Знак коэффициента корреляции ($+$ или $-$) показывает направление связи. Положительный знак ($+$) говорит, что когда величина одной переменной возрастает, то же происходит и с величиной другой. Отрицательный знак ($-$) указывает, что возрастание одной переменной сопровождается уменьшением другой.

Например, положительная (позитивная) корреляция, равная $+0,60$, между симптомами тревоги и депрессии показывает, что у детей, демонстрирующих многочисленные симптомы тревоги, также, скорее всего, проявятся многие симптомы депрессии. Или же дети с немногочисленными симптомами тревоги, скорее всего, продемонстрируют мало симптомов депрессии. Однако отрицательная (негативная) корреляция, равная $-0,70$, между симптомами депрессии и социальными навыками, к примеру, свидетельствует, что дети с многочисленными симптомами депрессии обладают меньшим числом социальных навыков.

Основным недостатком корреляционных исследований является трудность выявления причинности. Корреляция между двумя переменными не предполагает, что одна переменная является причиной другой. Например, при изучении связи между депрессией у детей и у их ближайших родственников, находящие рядом с ребенком, испытывающим депрессию, может привести к депрессии у других членов семьи или же, наоборот, депрессия у других членов семьи может вызвать депрессию у ребенка. Корреляция может также иметь место потому, что



Симптомы тревоги и депрессии у детей часто положительно коррелируют.

обе переменные являются мерой какой-то другой, более фундаментальной, переменной, например общей генетической предрасположенности к депрессии.

В экспериментальных изысканиях исследователям необходимо проделать шаги по контролю за характеристиками участников, которые могут понизить точность результатов. Например, если две группы детей различаются по уровню образования, интеллекту, социально-экономическому статусу или наличию родственных расстройств, будет невозможно определить, привела к полученным результатам независимая переменная или же другие переменные. **Случайное определение** участников в экспериментальные условия служит защитой против этой проблемы, так как вероятности попадания испытуемого в любую из этих групп равны. Если определять участников в группы на основании подбрасывания монеты, вытягивания бумажек с числами из шляпы или таблицы случайных чисел, возрастает вероятность, что характеристики, отличные от независимой переменной, будут равномерно распределены по группам.

Как мы уже замечали, многие гипотезы в детской патопсихологии нельзя проверить путем случайного определения участников в условия и манипулирования условиями в реальной жизни. Компромисс предполагает использование естественных экспериментов, также называемых *квазиэкспериментальными планами*, или *сравнением известных групп*. В **естественных экспериментах** сравнения производятся между уже существующими условиями или методами лечения; эксперименты могут включать детей с различными расстройствами, родителей с различными проблемами или различную семейную среду — например, группу детей, с которыми жестоко обра-

щались, и группу, которая не подвергалась подобному обращению. Эти исследования преимущественно корреляционные, но испытуемых отбирают с целью обеспечения того, чтобы их характеристики были настолько сопоставимы, насколько это возможно, за исключением независимой переменной. Несмотря на большие старания, прилагаемые исследователями для уравнивания существующих групп, естественные эксперименты не могут достичь такого уровня точности и строгости, который имеет место в истинном экспериментальном исследовании. Тем не менее в случае многих важных вопросов в детской психологии естественные эксперименты являются единственной возможностью.

Проспективное и ретроспективное исследование. Исследовательские планы, которые обращаются к вопросам, касающимся причин и долговременного исхода детских расстройств, могут различаться в отношении времени идентификации выборки и времени сбора данных. В случае **ретроспективного плана** выборка людей идентифицируется в текущее время, и людей просят дать информацию, касающуюся предыдущего периода времени. Идентифицируются случаи, которые уже дали интересующий исход, и их сравнивают с контрольными случаями, не демонстрирующими этот исход. Оценки нацелены на характеристики, существовавшие в прошлом, а выводы делают в отношении прошлых характеристик и текущего исхода. К примеру, выборку молодых людей с расстройством на почве употребления стимулирующих веществ могут попросить дать ретроспективные оценки и описания их раннего семейного опыта.

Хотя в ретроспективных исследованиях данные можно получить немедленно, эти исследования также крайне чувствительны к погрешности и искажению при воспоминаниях. Например, родители подростка, у которого диагностировали шизофрению, могут по-новому посмотреть на детство подростка, искажая свои воспоминания о его предшествующем поведении и дружеских отношениях. Кроме того, ретроспективные планы не способны идентифицировать индивидуумов, которые подвергались ранее определенным воздействиям, но не столкнулись затем с проблемой. К примеру, молодые люди с расстройством на почве употребления стимулирующих веществ могут сообщать о более негативном раннем опыте. Однако эти данные не будут служить основанием для заключения, что негативный ранний опыт является специфическим предвестником злоупотребления стимуляторов во взрослой жизни, поскольку ретроспективное исследование не способно идентифицировать тех детей, чей ранний опыт был негативным, но кто, повзрослев, не столкнулся с расстройством на почве употребления стимуляторов.

В случае **проспективных планов реального времени** исследовательскую выборку идентифицируют и затем отслеживают в течение какого-то времени, причем данные собирают через определенные временные интервалы. Одних и тех же детей отслеживают и оценивают в течение некоторого времени, с

тем чтобы понять характер изменений или различия, которые могут развиваться во времени. Например, за младенцами, у которых возникает страх в ответ на новые события, могут следить какое-то время, чтобы посмотреть, не появится ли у них впоследствии расстройство тревоги или другие проблемы, в сравнении с младенцами, у которых страх не возникает.

Проспективные планы устраняют часть проблем, связанных с ретроспективным исследованием. Следя за выборкой в течение определенного времени, мы можем идентифицировать детей, у которых развивается расстройство, а также тех, у кого оно не развивается. Поскольку информацию собирают в момент ее появления, проблемы, связанные с погрешностью и искажением при воспоминании, сводятся к минимуму. Недостатками проспективных планов являются отсев участников со временем и длительные сроки, необходимые для сбора данных.

Аналоговое исследование. Аналоговое исследование оценивает специфическую переменную в условиях, лишь напоминающих ситуацию, на которую мы желаем перенести полученные результаты, или приближающуюся к ней. Аналоговые исследования фокусируют внимание на каком-то строго очерченном исследуемом вопросе в надежно контролируемых условиях. Часто целью исследования бывает высветивание специфического процесса, который в противном случае было трудно изучить.

Например, Лэнг, Пелхэм, Джонстон и Гелернтер (Lang, Pelham, Johnston & Gelernter, 1989) хотели проверить, не могут ли высокие уровни потребления алкоголя отцами мальчиков с синдромом дефицита внимания/расстройством поведения (ADD/CD) частично быть вызваны дистрессом от общения с их трудными детьми (должно быть, эти исследователи сами были родителями). Одиноким студентам и студенткам колледжа, любителей выпить в компании, отбирали случайным образом для интеракций с мальчиками, которых обучили поведению, характерному либо для нормальных детей (например, дружба и сотрудничество), либо для детей с синдромом дефицита внимания/расстройством поведения (например, повышенная активность, деструктивность). Участники оценивали собственное настроение перед общением с ребенком и после него. После интеракции участникам предоставляли 20-минутный перерыв, пока они находились в ожидании следующей интеракции с тем же самым ребенком. Во время перерыва бесплатно предоставлялось пиво. Участники эксперимента, и студенты, и студентки, сообщали о сравнимых уровнях настроения, отличавшегося повышенным дистрессом, после общения с детьми, игравшими роли, соответствующие диагнозу синдром дефицита внимания/расстройство поведения. Однако только студенты-юноши выпивали такое количество пива, что у них повышался уровень содержания алкоголя в крови.

Эти данные показывают, что интеракции с ребенком, страдающим синдромом дефицита внимания/

расстройством поведения могут способствовать увеличению потребления алкоголя отцами. Однако, поскольку аналоговое исследование только напоминает интересующие условия — его участники были одиночными учащимися колледжа, а не родителями детей с синдромом дефицита внимания/расстройством поведения; дети в действительности не страдали этими заболеваниями; выпивка была ограничена искусственной лабораторной обстановкой; было доступно только пиво, — трудно определить, имеют ли место схожие эффекты в ситуациях реальной жизни (несмотря на сообщения некоторых родителей, что дети буквально подталкивают их к выпивке!). Эти условия поднимают вопрос внешней валидности, или обобщаемости результатов исследования.

Планы исследования

Изучение случая. Изучение случая (история болезни), которое предполагает интенсивное, обычно описательное, наблюдение и анализ конкретного ребенка, имеет давние традиции в исследовании патологического развития и поведения. Сделанное Итаром описание Виктора, дикого мальчика из Авейрона, лечение Фрейдом фобии у маленького Ганса, обусловливание Джоном Уотсоном фобической реакции у Альберта Б. и другие подобные исследования клинических случаев сыграли важную роль в формировании нашего образа мышления относительно проблем детей.

Изучение случая, особенно используемое в клиническом контексте, сводит вместе большой объем информации о конкретном ребенке, поступающей из различных источников, включая интервью, наблюдения и результаты тестов. Цель — получить по возможности полную картину психологического функционирования ребенка, его нынешнего окружения и истории развития. Иногда целью является описание последствий лечения.

Изучения случаев позволяют получить описания, которые богаты деталями и наводят на ценные идеи относительно факторов, связанных с болезнью. Тем не менее они имеют свои недостатки. Как правило, их считают ненаучными и имеющими изъяны из-за неконтролируемых методов и погрешностей отбора, которые их характеризуют, а также из-за присущих им трудностей, связанных с объединением разнородных наблюдений, возможностью сделать валидные выводы, исходя из интересующих переменных и перенесением данных по конкретному ребенку на других детей. Поэтому изучения случаев рассматриваются в основном как богатые источники описательной информации, которая закладывает основу для последующей проверки гипотезы в исследовании с большими выборками и для использования более контролируемых методов. Кроме того, они служат источником для разработки и опробования лечебных приемов.

Несмотря на свой ненаучный характер, систематически проводимые изучения случаев, скорее все-

го, продолжают играть полезную роль в исследовании детских расстройств. Во-первых, многие детские расстройства (например, аутизм и начинающаяся в детстве шизофрения) редки, что затрудняет получение больших выборок детей для исследования. Во-вторых, анализ индивидуальных случаев может способствовать пониманию многих отличительных симптомов детских расстройств, которые либо нечасто проявляются (например, акты крайней жестокости), либо имеют скрытый характер и потому их трудно наблюдать непосредственно (например, воровство, поджоги). В-третьих, значимые детские нарушения, такие как посттравматический стресс (глава 7 «Тревожные расстройства») часто развиваются в результате происходящих естественным образом экстремальных событий и обстоятельств, таких как стихийные бедствия, тяжелые травмы или жестокое обращение. Эти события и обстоятельства нелегко изучать, используя контролируемые методы. Тем не менее проблемой в изучении случаев остается обобщение, а также отнимающий много времени интенсивный анализ отдельных случаев.

Экспериментальные планы для одиночных случаев. Такие планы чаще всего используются для оценки влияния на проблему ребенка клинической терапии, такой как подкрепление или медикаментозное лечение стимуляторами. Основные особенности экспериментальных планов для одиночных случаев, которые отличают их от неконтролируемого изучения случаев, включают в себя систематическую повторную оценку поведения в течение определенного времени, воспроизведение лечебных эффектов у того же самого испытуемого через определенное время и исполнение участником функции собственного контроля за счет нахождения во всех лечебных условиях (Barlow & Hersen, 1984; Kazdin, 1982). Существует много видов планов с одним испытуемым, наиболее распространенными из которых являются реверсивный план А-В-А-В и план с множественным базисом, охватывающий различные модели поведения, ситуации или различных индивидов.

Данные, полученные в исследовании, использованном *реверсивный план*, представлены на рис. 3.5. В этом примере поведенческое вмешательство использовалось для устранения членовредительства (self-injurious behavior, SIB) у Энн, 5-летней девочки с глубокой умственной отсталостью и множественными нарушениями. Членовредительство у Энн выражалось в том, что она кусала кисти своих рук и запястья во время занятий личной гигиеной, например, когда чистила зубы. Эти действия у нее все более усугублялись и приводили к нанесению открытых ран. В период начальной базисной фазы доля интервалов, когда Энн предавалась членовредительству, во время трех коротких сеансов чистки зубов варьировала от 20 до 60%.

Вмешательство состояло из процедуры негативного подкрепления, при которой Энн позволяли не выполнять личную гигиену, когда она совершала адекватное желательное действие. Кроме того, всякий раз, когда Энн предавалась членовредительству,

инструктор обучал ее чистке зубов (направляемое согласие). Когда эти процедуры выполнялись во время фазы вмешательства, незамедлительно следовало 10% снижение членовредительства, причем в следующих двух сеансах членовредительство не наблюдалось. Во время реверсивной фазы, или фазы возврата к базису, членовредительство у Энн возросло до предшествующих базисных уровней. Когда лечение было возобновлено, членовредительство опять понизилось, и во время двух последних сеансов Энн себя не кусала. Данные, которые показывают, что уровни членовредительства у Энн понижались только во время фаз вмешательства, но не во время базисной фазы или фазы возврата к базису, служат доказательством того, что снижение членовредительства было вызвано именно процедурами вмешательства.

Реверсивный план можно использовать при широком диапазоне моделей поведения; однако он имеет свои недостатки. Один из них состоит в том, что, если лечение действительно помогает, поведение может оказаться необратимым. Заметили ли вы какие-либо другие недостатки этого плана? Считаете ли вы, что как только Энн прекращала предаваться членовредительству после вмешательства, имелось достаточное оправдание возобновлять ее деструктивное поведение в экспериментальных целях? Мы намеренно выбрали этот пример, чтобы проиллюстрировать один из основных недостатков плана А-В-А-В — этические проблемы, касающиеся условия возврата к базису после эффективного лечения опасного или нежелательного поведения. План с множественным базисом, который мы описываем ниже, помогает избежать этой проблемы, поскольку не

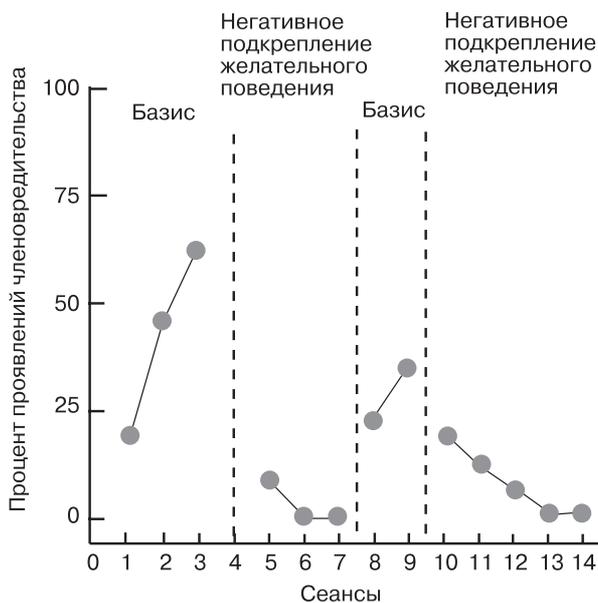


Рис. 3.5. Реверсивный план А-В-А-В: устранение членовредительства у Энн (источник: Steege et al., 1990).

требует реверсирования после того, как осуществлено вмешательство.

В случае использования экспериментального **плана с множественным базисом** для различных моделей поведения, идентифицируются и измеряются в течение определенного времени различные реакции одного и того же индивида, с тем чтобы обеспечить базис, относительно которого могут быть оценены изменения. Затем все модели поведения поочередно модифицируются. Если какая-то модель поведения меняется, *только* когда она подвергается специфическому лечебному воздействию, то делается вывод о причинно-следственной связи между лечебным воздействием и поведением. Другие распространенные разновидности планов с множественным базисом включают в себя последовательное применение лечебного воздействия для одного и того же поведения у одного и того же индивида в различных ситуациях, или для одного и того же поведения у нескольких индивидов в одной и той же ситуации. Важнейшей особенностью подхода с множественным базисом является то, что изменение должно иметь место, только когда применяется лечебное воздействие, и только для поведения, ситуации или индивида, который является объектом лечения. Одновременные изменения не должны иметь места для поведения, ситуаций или индивидов, не подвергающихся воздействию, до того момента, когда каждый из этих аспектов не станет поочередно объектом лечебного воздействия.

Данные, полученные в исследовании, использовавшем план с множественным базисом для различных *ситуаций*, представлены на рис. 3.6. В этом примере те же самые виды процедур, которые использовались в случае с Энн, были использованы для устранения членовредительства у Денниса, 6-летнего мальчика с глубокой умственной отсталостью и множественными нарушениями. Членовредительство у Денниса заключалось в том, что он кусал кисти своих рук, запястья и предплечья во время таких действий по личной гигиене, как чистка зубов, мытье лица и причесывание. Его членовредительство со временем усугублялось и приводило к нанесению открытых ран. В период начальной базисной фазы доля интервалов, когда Деннис предавался членовредительству, составляла, в среднем, 54% во время чистки зубов, 70% во время мытья лица и 58% во время причесывания. Когда было осуществлено вмешательство во время чистки зубов, у Денниса незамедлительно последовало снижение членовредительства, причем низкие уровни членовредительства сохранялись на протяжении всего лечения. При этом не наблюдалось никаких изменений в членовредительстве, когда Деннис умывал лицо или причесывался, пока не было осуществлено вмешательство во время этих ситуаций.

Когда было осуществлено вмешательство во время мытья лица, незамедлительно последовало снижение членовредительства, причем во время восьми последних сеансов членовредительство проявилось только один раз. В ситуации с причесыванием после осуществления вмешательства членовредитель-

ство не отмечалось. Поскольку изменения в поведении Денниса происходили, *только* когда вмешательство осуществлялось во время каждой из конкретных ситуаций, подтверждается гипотеза, что эти изменения были обусловлены вмешательством. План с множественным базисом избегает проблемы, связанной с реверсивным планом и заключающейся в необходимости возврата к базису при лечении опасного или нежелательного поведения.

Использование планов для одиночных случаев связано с рядом преимуществ и недостатков. Эти планы сохраняют личностное качество, присущее изучению случая, и обеспечивают определенную степень контроля для потенциально альтернативных объяснений результатов, таких как эффекты созревания и реакции на наблюдение. Планы для отдельных случаев также обеспечивают объективную оценку лечения индивидуальных случаев, позволяют изучить редкие расстройства и облегчают выработку и оценку альтернативных и комбинированных форм лечения. К минусам относятся вероятность того, что специфические методы лечения начнут взаимодействовать с уникальными характеристиками конкретного ребенка, ограниченная переносимость результатов на другие случаи и возможная субъективность, когда в качестве основного средства оценки данных используется визуальное наблюдение.

Результаты в примерах с Энн и Деннисом были достаточно определенными. Трудности при интерпретации появляются, когда базисные данные или наблюдаемые изменения сильно варьируют, что бывает довольно часто.

Межгрупповые планы сравнения. Многие исследовательские планы основаны на сравнениях между группой индивидов, определенных в один или несколько видов условий, и другими группами индивидов, определенных в один или несколько иных видов условий. Когда участников определяют в группы случайным образом, и предполагается, что группы эквивалентны во всех остальных отношениях, одна группа, как правило, служит в качестве *экспериментальной*, а другая — в качестве *контрольной*. Тогда любые наблюдаемые различия между группами приписывают экспериментальному условию.

Выбор адекватной контрольной или сравниваемой группы часто зависит от того, что нам известно до начала исследования, и от вопросов, на которые мы хотим получить ответ. Например, если существует общепризнанное и эффективное лечение подростковой депрессии, то проверка какого-то нового подхода относительно контрольной группы, не подвергающейся лечебному воздействию, скорее всего, даст ответ совсем на другой вопрос. Мы не собира-

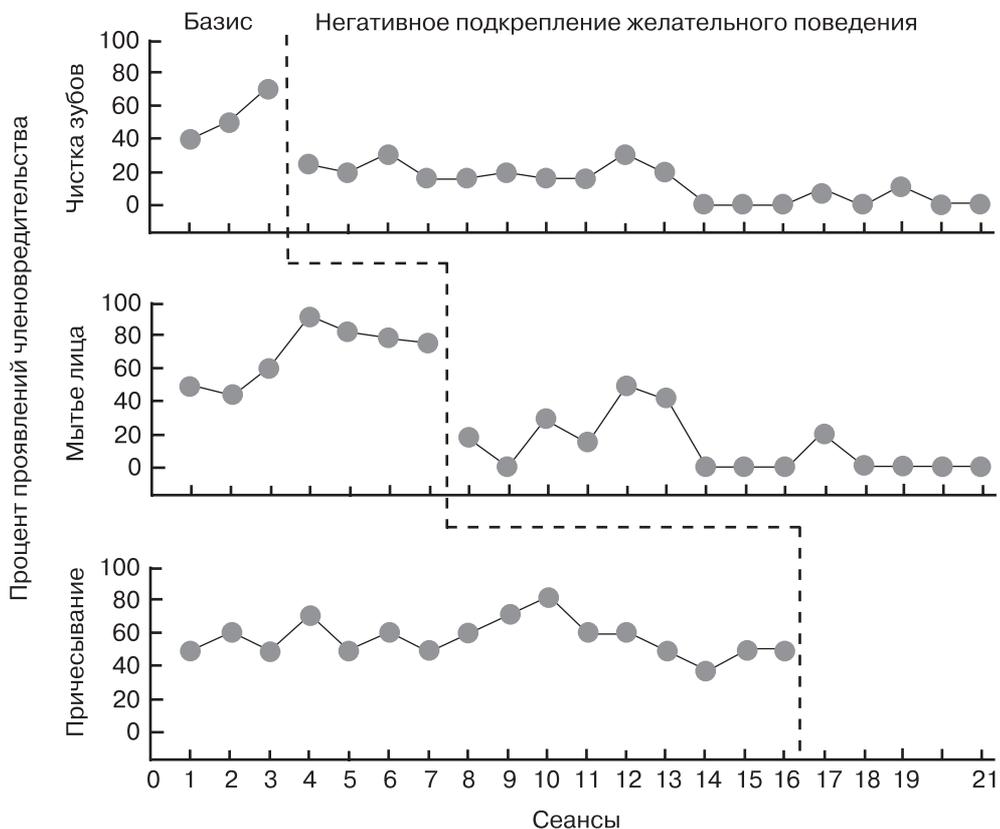


Рис. 3.6. План с множественным базисом для различных ситуаций: устранение членовредительства у Денниса (источник: Steege et al., 1990).

емся выяснять, лучше ли новый подход, чем отсутствие лечения, — мы хотим знать, лучше ли он, чем наилучший из имеющихся альтернативных методов лечения.

Поперечно-срезовое и лонгитюдное исследование. Исследователи, занимающиеся психопатологией развития, нуждаются в информации, касающейся того, как дети и подростки меняются с течением времени. Чтобы получить эту информацию, исследователи расширяют корреляционные и экспериментальные подходы, включая в них измерения, производимые в разные периоды времени. И поперечно-срезовые, и лонгитюдные планы — это исследовательские приемы, в которых основой исследования служит сравнение детей различного возраста.

В исследовании методом поперечных срезов различных индивидов в различном возрасте или на разных стадиях развития изучают в один и тот же момент времени, тогда как в **лонгитюдном исследовании** одних и тех же индивидов изучают в различном возрасте или на разных стадиях развития.

В поперечно-срезовых исследованиях специалистам не приходится беспокоиться о многочисленных проблемах, связанных с изучением одной и той же группы детей в течение длительного периода времени. Когда участников оценивают только один раз, исследователям не нужно волноваться о выборочном отсеве участников, практических эффектах или общих изменениях в данной области, из-за которых результаты могут оказаться устаревшими к тому времени, когда исследование будет завершено. Хотя поперечно-срезовые подходы эффективны, они ограничены в том виде информации, который исследователи получают относительно изменений в развитии. Данные об изменении индивида остаются недоступными. В целом, сравнения ограничены средними величинами по возрастным группам.

Лонгитюдные планы осуществляются перспективно; данные собирают в специфические моменты времени у тех же самых индивидов, которые были изначально отобраны для исследования в силу своей принадлежности к одной или нескольким интересующим совокупностям. В исследованиях детской психопатологии представляющие интерес совокупности часто состоят из детей, у которых возможны проблемы развития ввиду воздействия какого-либо из ряда факторов — например, наличия матери, которая употребляет наркотики или алкоголь во время беременности или страдает психическим расстройством, или же проживания ребенка в семье, где практикуется жестокое обращение.

Проспективный лонгитюдный план позволяет исследователю идентифицировать паттерны, которые присущи всем индивидам, а также проследить индивидуальные различия в путях развития, которым следуют дети. Так, лонгитюдное исследование способно показать, что определенные виды страхов могут уменьшиться с возрастом у всех детей, но что у некоторых детей — например у детей с тревожным характером — с возрастом может происходить мень-

шее снижение специфических страхов. Поскольку данные собираются по одним и тем же индивидам в разные моменты времени, можно сделать выводы о причинной связи между более ранними и последующими событиями, основанные на упорядочении во времени. Подобные выводы о причинности нельзя сделать в поперечно-срезовых планах, где различных индивидов оценивают в двух временных точках. Лонгитюдные планы также позволяют идентифицировать индивидуальные тренды развития, которые были бы замаскированы совокупными данными по индивидам. Примером этой ситуации служит стремительный рост, предшествующий половой зрелости, когда быстрые ускорения роста, происходящие у представителей совокупности в разном возрасте, не отражены в измерениях роста, дающих совокупные данные по подросткам. Пример лонгитюдного исследования представлен во врезке 3.3.

Несмотря на свои преимущества, лонгитюдные планы сопряжены с рядом практических и плановых трудностей. Практические проблемы включают в себя получение и сохранение исследовательского финансирования и ресурсов на протяжении многих лет и долгое ожидание значимых данных. Плановые трудности связаны с возрастными и когортными эффектами. *Возрастные эффекты* — это общие изменения, имеющие место из-за взросления участников, такие как совершенствование физических навыков, контроля над импульсами или социальных возможностей. *Когортные эффекты* — это влияния, связанные с принадлежностью к какой-то специфической **когорте**, т. е. к группе индивидов, которых отслеживают в течение определенного времени и которые сталкиваются с одними и теми же культурными и историческими событиями в течение одного и того же периода времени.

То, что участников повторно изучают, наблюдают, интервьюируют и тестируют, также может негативно повлиять на валидность лонгитюдного исследования. Дети и взрослые могут стать более чувствительными к изучаемым мыслям, чувствам и поведению, тем самым осмысляя и пересматривая их в таком ключе, который не имеет ничего общего с изменениями, связанными с возрастом. Кроме того, при повторном тестировании участники могут прогрессировать в результате эффектов тренировки, включая большее знакомство с вопросами теста и лучшие навыки сдачи теста. Наконец, изменения в области детской патопсихологии могут создать проблемы для лонгитюдных исследований, которые охватывают протяженный период времени. Теории и методы постоянно меняются, и те, которые вызвали данное лонгитюдное исследование, могут устареть.

Некоторые из трудностей, связанных с лонгитюдными исследованиями, можно уменьшить, сочетая поперечно-срезовый и лонгитюдный подходы в том, что называют **ускоренным лонгитюдным планом** (Farrington, 1991b). При этом подходе отслеживаются несколько групп, каждой из которых соответствуют разные, но частично совпадающие возрастные границы или стадии развития. Группы отбирают таким образом, что возрастные границы охватывают

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 3.3

Приводит ли со временем плохое обращение с ребенком к большому неприятию со стороны сверстников?

Додж, Петти и Бейтс (Dodge, Pettit & Bates, 1994a) изучали влияние плохого физического обращения на развитие отношений со сверстниками. Репрезентативную выборку, состоящую из 585 мальчиков и девочек, оценивали с точки зрения плохого физического обращения в первые 5 лет жизни, а затем отслеживали в течение 5 последовательных лет, начиная с детского сада и до четвертого класса школы. 12% детей из выборки были идентифицированы как подвергавшиеся плохому обращению. Каждый год, когда проводилась оценка, сверстники, учителя и матери независимо оценивали детей, подвергавшихся плохому обращению, как менее любимых, пользующихся меньшей популярностью и более социально замкнутых, чем дети, не подвергавшиеся плохому обращению, — и эта разница со временем возрастала. Как показано на рис. 3.7, к четвертому классу группой своих сверстников от-

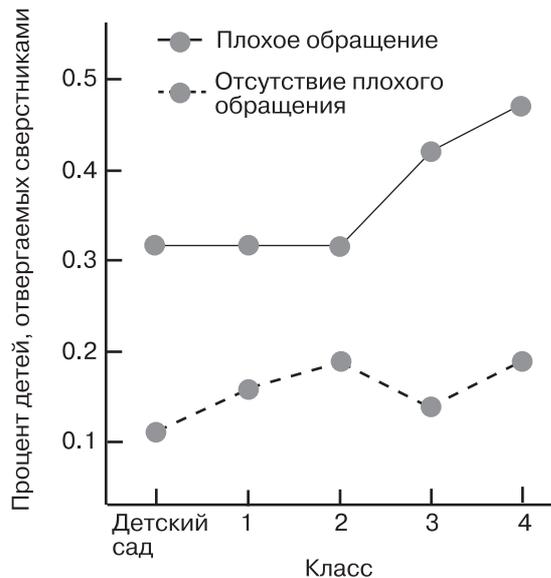


Рис. 3.7. Процент подвергавшихся и не подвергавшихся плохому обращению детей, которых отвергала их группа сверстников (источник: Dodge et al., 1994).

вергалось в два с лишним раза большее количество детей, с которыми плохо обращались, чем детей, с которыми обращались сравнительно хорошо. Эти результаты показывают, что плохое

обращение в раннем возрасте может повредить отношениям со взрослыми, что, в свою очередь, ослабляет способность ребенка устанавливать эффективные отношения с другими детьми.

общие временные рамки, но ни за одной из групп не следят в течение всего срока наблюдения. Частичное совпадение позволяет исследователю связать между собой кратковременные лонгитюдные исследования, превратив их в единое лонгитюдное исследование, которое охватывает период развития, более продолжительный, нежели период, требуемый для сбора данных.

Ускоренный лонгитюдный план имеет три преимущества. Во-первых, он позволяет исследователям изучить когортные эффекты путем сравнения детей одного и того же возраста, родившихся в разные годы. Например, мы можем сравнить поведение различных групп в возрасте 8–10 лет, и если группы не различаются, можно исключить когортные эффекты. Во-вторых, мы можем произвести как лонгитюдные, так и поперечно-срезовые сравнения. Если в обоих случаях результаты схожи, мы можем больше доверять нашим данным. В-третьих, этот план эффективен; как показано во врезке 3.4, мы можем получить сведения об изменениях в период с 4 до 18 лет, следя за каждой когортой в течение 8 лет.

Качественное (квалитативное) исследование

Качественное (квалитативное) исследование сосредоточено на повествовательных отчетах, описании, интерпретации, контексте и значении (Berg, 1998; Fiese & Bickham, 1998). Этот подход можно противопоставить количественному (квантитативному) подходу, который делает упор на операциональные определения, тщательный контроль за вопросами, относящимися к испытуемым; при количественном подходе исследователь пытается изолировать интересующие его переменные, провести квантификацию интересующих параметров и статистический анализ. Цель качественного исследования — описать, проинтерпретировать и понять интересующий феномен в том контексте, в котором он имеет место (Patton, 1990). Вместо того чтобы начинать с уже разработанных систем наблюдения или оценочных средств, квалитативные исследователи стремятся понять феномен с точки зрения участника исследования. Как правило, квалитативные данные собирают путем наблюдений или нерегламентированных интервью и

Врезка 3.4 Как меняется со временем агрессивное и делинквентное (антисоциальное) поведение у мальчиков и девочек?

Хороший пример использования ускоренного лонгитюдного плана дает исследование, проведенное Штрангером, Ахенбахом и Ферхульстом (Stranger, Achenbach & Verhulst, 1997). Их интересовало развитие у детей во времени агрессивности в противовес делинквентности, поэтому они изучили большую местную выборку, состоящую из семи различных групп голландских детей, которых первоначально оценивали в возрасте от 4 до 10 лет. Каждую когорту затем оценивали снова с двухгодичными интервалами на протяжении 8-летнего периода (рис. 3.8).

Исследователи обнаружили, что показатели как агрессивности, так и делинквентности понижаются в период с 4- до 10-летнего возраста. Однако после примерно 10-летнего возраста показатели агрессивности продолжали понижаться, тогда как показатели по делинквентному синдрому возрастали до примерно 17-летнего возраста. Ускоренный лонгитюдный план, хотя он применяется сравнительно редко, предоставляет исследователям возможность извлечь пользу из достоинств как лонгитюдного, так и поперечно-срезового подходов.

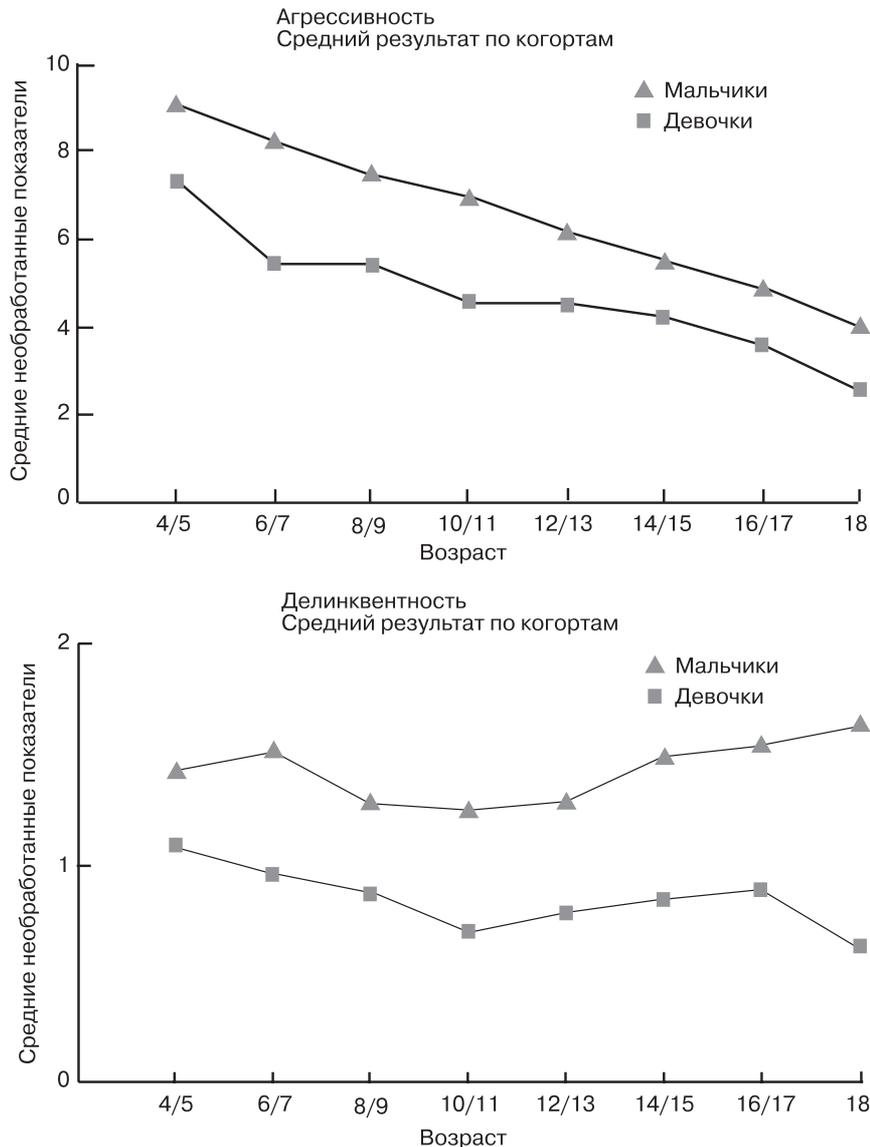


Рис. 3.8. Используя ускоренный лонгитюдный план, можно изучить траектории развития агрессивного и делинквентного синдромов с 4- до 18-летнего возраста всего лишь за 8 лет (источник: Stranger, Achenbach & Verhulst, 1997).

КРУПНЫМ**ПЛАН О М****Врезка 3.5**
Специалисты и родители обсуждают плохие новости

В исследовании, использовавшем качественные методы, Абрамс и Гудман (Abrams & Goodman, 1998) изучали, что происходит между родителями детей с задержками развития и специалистами во время диагностического сеанса обратной связи. В частности, они хотели узнать больше о переговорах — процессе, описывающем социально конструктивный характер встреч, в ходе которых участники приходят к взаимному пониманию, используя обычный язык. Родителям говорили, что цель исследования — изучить, как специалисты сообщают информацию родителям. Затем они в письменной форме разрешили магнитофонную запись сеанса обратной связи. Записи 10 сеансов обратной связи с различными родителями были затем подробно расшифрованы, составив свыше 700 листов документации. В 8 из 10 случаев анализ бесед позволил определить диагноз. В качестве одной из форм переговоров некоторые родители начинали «торговаться», пытаясь пересмотреть диагноз и уменьшить его последствия. Вот пример «торговли» в случае ребенка, которому поставили диагноз умственной отсталости.

Специалист: Эта степень задержки означает, что у него умственная отсталость.

Отец: Можно ли ему как-то помочь?

Специалист: Всегда можно чем-то помочь. (Мать плачет.)

Мать: Но у него не тяжелая отсталость?

Специалист: Нет.

Отец: Более умеренная.

Психолог: Наш вероятный прогноз: у него будет сохраняться отсталость, вероятно, в легкой форме — а это означает, что он... давайте назовем его «обучаемым».

Сначала матери было эмоционально трудно принять диагноз умственной отсталости. Однако, взяв себя в руки, она приняла активное участие в корректировке диагноза, стараясь сделать его менее ошеломляющим. В процессе этого она смогла добиться того, что диагноз ее сына оказался в рамках легкой умственной отсталости, и тем самым несколько успокоиться. IQ ее сына был равен 54, а это означало, что его отсталость находится на границе между умеренной и легкой. На основании своего анализа этой и многих других бесед, исследователи заключили, что те заключения, которые делаются во время диагностического интервью, являются результатом переговоров, а не просто «даются» специалистами.

(Источник: Abrams & Goodman, 1998, с. 94.)

регистрируют в повествовательной форме — например, как записи по изучению случая. Данные наблюдений и полученные повествовательные отчеты изучают, чтобы выстроить общие категории и паттерны.

В табл. 3.2 описаны некоторые из ключевых характеристик качественного исследования.

Чтобы получить представление о качественных методах, рассмотрите исследование, описанное во

КРУПНЫМ**ПЛАН О М****Таблица 3.2**
Ключевые характеристики
качественного исследования

- (Качественное исследование проводится путем интенсивного и/или длительного контакта с «полевой», или жизненной, ситуацией. Как правило, эти ситуации являются «банальными», или нормальными, отражая повседневную жизнь индивидов, групп, обществ или организаций.)
- Исследователь пытается получить данные, касающиеся восприятий локальных действующих лиц, «изнутри», проявляя глубокое внимание, эмпатическое понимание и воздерживаясь от заранее составленных мнений об обсуждаемых предметах.
- Используя полученную информацию, исследователь может изолировать определенные вопросы и проявления, которые можно посмотреть вместе с информатором, но которые должны быть сохранены в своей первоначальной форме на протяжении всего исследования.
- Основная задача исследования — прояснить, как люди в определенной обстановке приходят к пониманию своих повседневных ситуаций, объясняют их, действуют в них и как-либо иначе реагируют на них.
- В начале исследования используют относительно немного стандартизованного инструментария. В сущности, основным измерительным инструментом в исследовании является сам исследователь.
- Большая часть анализа продельвается с помощью слов. Слова можно объединять, группировать и разбивать на сегменты. Они могут быть организованы таким образом, что позволят исследователю противопоставлять, сравнивать, анализировать их и выстраивать из них паттерны.

Источник: Miles & Huberman, 1994.

врезке 3.5. Это исследование выясняет, какими путями родители детей с умственной отсталостью и специалисты могут прийти к консенсусу во время диагностического сеанса обратной связи.

Сторонники качественного исследования полагают, что оно обеспечивает глубокое и точное понимание ситуации, что редко достигается в количественном исследовании (Denzin & Lincoln, 1994; L. V. Murphy, 1992). С другой стороны, в качественные методы могут внести искажения ценности и предпочтения исследователя, и их результаты нельзя с легкостью перенести на других индивидов и ситуации, отличающиеся от изучаемых. Однако качественные и количественные исследовательские методы могут дополнять друг друга. Эти методы можно объединять при качественном подходе с целью идентификации важных параметров, на основании которых затем вырабатывают теоретическую модель, которую можно проверить количественно, — или при качественном изучении случая с целью пролить свет на значение данных, полученных количественным путем. Вдобавок, если качественные данные были превращены в цифры (например, путем подсчета слов или частотного подсчета тематических вопросов), их можно проанализировать, используя количественные методы.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Необходимо уделять серьезное внимание идентификации выборок для исследований в детской патопсихологии, включая такие вопросы, как определение интересующего расстройства, критерии включения в исследование, коморбидность, среда, из которой берутся испытуемые, и размер выборки.

- Мы можем провести грань между приемами неэкспериментального и экспериментального исследования на основании того, в какой степени исследователь может манипулировать экспериментальной переменной или, напротив, должен полагаться на изучение ковариации интересующих переменных.

- В проспективном исследовании выборку отслеживают во времени, а данные собирают через определенные временные интервалы. В ретроспективном исследовании выборку испытуемых идентифицируют в текущее время, и их просят дать информацию, касающуюся предшествующего периода времени.

- Аналоговое исследование оценивает специфическую переменную в условиях, лишь напоминающих ситуации, на которые исследователь хочет перенести результаты.

- Изучение случая предполагает интенсивное, обычно описательное наблюдение и анализ конкретного ребенка.

- Планы по отдельным случаям предполагают повторные оценки одного и того же испытуемого в течение определенного времени, воспроизведение лечебных эффектов у того же самого испытуемого через определенное время и исполнение испытуемым функции собственного контроля. Типичные примеры: реверсивный план А-В-А-В и план со множественным базисом для различных моделей поведения, ситуаций или индивидов.

- Межгрупповые планы сравнивают поведение групп индивидов, определенных в различные условия, например, поведение экспериментальной и контрольной групп.

- В исследовании методом поперечных срезов в один и тот же момент времени изучают различных индивидов, находящихся в разном возрасте или на разных стадиях развития. В лонгитюдном исследовании одних и тех индивидов изучают в разные возрастные периоды или на разных стадиях развития.

- Качественное исследование сосредоточено на повествовательных отчетах, описании, интерпретации, контексте и значении, пытаясь понять феномен с точки зрения участника исследования и в том контексте, в котором он имеет место.

ВОПРОСЫ ЭТИКИ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ

Образ одержимых ученых, использующих детей в качестве подопытных кроликов в своих экспериментах, имеет мало общего с современной исследовательской практикой в детской патопсихологии. Исследователи становятся все более восприимчивыми к возможным этическим злоупотреблениям исследовательскими процедурами и, соответственно, все сильнее осознают необходимость в стандартах, регулирующих практику исследований (Hoagwood, Jensen & Fisher, 1996; Vitello & Jensen, 1997). Исследования в детской патопсихологии должны отвечать определенным стандартам, которые защищают детей и семьи от стрессовых процедур. Любое исследование должно подвергаться тщательной этической оценке, перед тем как оно будет проведено. В настоящее время этические руководства по исследованиям с детьми разрабатываются в США ревидионными советами, федеральными финансирующими органами и профессиональными организациями, такими как Американская психологическая ассоциация (American Psychological Association, 1992) и Общество исследований развития ребенка (Society for Research in Child Development, 1996).

Этические стандарты исследований с детьми стремятся установить баланс между поддержкой свободы научного изыскания и защитой прав личности и общего благополучия участников исследования. Добиться подобного баланса не всегда легко, особенно когда речь идет о детях. Например, хотя

исследователи обязаны использовать безопасные процедуры, в некоторых случаях может возникнуть необходимость поместить ребенка в условия легкого стресса, если нужно определить связанную с исследованием терапевтическую пользу. Дети более, чем взрослые, уязвимы перед вредным физическим и психологическим воздействием, а их незрелость может затруднить им или сделать невозможной точную оценку того, что несет с собой участие в исследовании. В свете этих реалий необходимо принять меры предосторожности, чтобы защитить права детей во время проведения исследования.

Информированное согласие и выражение согласия

Согласие индивида на участие на основе полной информации, полученное без принуждения, служит для участников исследования в качестве наиболее действенной защиты. **Информированное согласие** требует, чтобы все участники были полностью информированы о характере исследования, а также о риске, пользе, ожидаемых результатах и альтернативах, до того как они согласятся участвовать. Информированное согласие предполагает информирование участников о возможности выйти из исследования в любое время и о том, что участие или неучастие в исследовании не влияет на право получения других услуг.

В случае исследований, проводимых с детьми, защита распространяется на получение информированного согласия от родителей, выступающих от имени ребенка, и выражение согласия со стороны ребенка. **Выражение согласия** означает, что ребенок демонстрирует определенную форму согласия участвовать в исследовании без обязательного понимания всей его значимости, которая может выходить за пределы когнитивных возможностей маленького ребенка. Руководство по получению выражения согласия со стороны ребенка требует такового, когда ребенку 7 лет или более. Исследователям необходимо дать детям школьного возраста исчерпывающее объяснение исследовательских действий на языке, который те могут понять. Кроме согласия родителей и детей следует получить согласие от других лиц, выступающих от имени детей — например, от администрации учреждений, когда исследование проводится в школах, детских садах или медицинской организации.

Добровольное участие

Участие в исследовании должно быть добровольным, однако некоторые индивиды могут быть более восприимчивы к скрытому давлению и принуждению, чем другие. Защите уязвимых групп людей, включая детей, уделяется значительное внимание. Фишер (Fisher, 1991) идентифицирует семьи младенцев и детей из группы с высоким риском как потенциально более уязвимые, что частично связано с переживанием семей по поводу статуса их детей. Хотя и инструктируемым иным образом, родителям,

набранным через организации социальной помощи или медицинские учреждения, может по-прежнему казаться, что их обращение с ребенком или качество ухода будут находиться под угрозой, если они не примут участия в исследовании. Родителям, плохо обращающимся с ребенком, может казаться, что их неспособность участвовать в исследовании может привести к потере ребенка, тюремному заключению или невозможности получения социальной помощи.

Роль исследователя требует успешно проводить набор добровольцев и одновременно избегать оказания давления на потенциальных участников (Grisso et al., 1991). Принцип добровольности сам по себе является фактором погрешности в исследовании. Очевидно, что индивиды, соглашающиеся участвовать в исследовании, отличаются от тех, кто отказался от соответствующего предложения, однако вопрос, заметно ли искажает добровольность данные по интересующим переменным, пока остается без ответа.

Конфиденциальность и анонимность

Информация, полученная от испытуемых во время участия в исследовании, должна быть защищена. Большинство учреждений требует, чтобы испытуемые были информированы, что любая информация, которую они предоставят, останется конфиденциальной, и чтобы их уведомили о любых исключениях из правила конфиденциальности. Взрослым информаторам необходимо сообщить об ограничениях конфиденциальности до их участия в исследовании. В исследовании с детьми одна из наиболее часто встречающихся трудностей с конфиденциальностью проявляется, когда ребенок или родитель сообщает о жестоком обращении в прошлом или предоставляет информацию, которая предполагает возможность жестокого обращения с ребенком в будущем. Процедуры по урегулированию этой ситуации варьируются от исследования к исследованию, в зависимости от обстоятельств оглашения сведений (например, их может сообщить взрослый в ходе терапии) и от законодательных требований к обнародованию информации. Качество данных, собранных в исследовании, может меняться в зависимости от того, в какой степени обеспечивается конфиденциальность информации (Blanck, Bellack, Rosnow, Rotheram-Borus & Schooler, 1992).

Безопасные процедуры

Нельзя использовать исследовательские процедуры, которые могут повредить ребенку либо физически, либо психологически. Когда только возможно, исследователь обязан использовать процедуры, являющиеся для ребенка и его семьи наименее стрессовыми. В некоторых случаях психологический вред довольно трудно определить, но если имеются сомнения, то исследователь обязан проконсультироваться у других специалистов. Если вред кажется неизбежным, необходимо найти альтернативные методы или отменить исследование. В тех случаях, когда существует необходимость поместить ребенка

в стрессовые условия, чтобы определить связанную с исследованием терапевтическую пользу, ревизионный совет должен провести тщательный анализ возможных опасностей и выгод.

Другие проблемы этики и целесообразности

Учет этических проблем особенно важен, когда исследование предполагает процедуры потенциального вмешательства, обман, использование наказания, использование денежного вознаграждения испытуемых или других инициатив, или же возможное принуждение. Исследователи должны быть особенно восприимчивы, прежде всего в лонгитюдных исследованиях, к возникновению неожиданных кризисов, непредвиденных последствий исследования и к вопросам, касающимся продолжения исследования, когда результаты показывают, что требуется какой-то иной курс действий, чтобы обеспечить благополучие ребенка.

Многие проблемы исследования, которые, как правило, разрешаются за счет стандартизированных инструкций, процедур и опоры на предыдущий опыт и ожидания участников, осложняются ввиду обычно ограниченного опыта детей и непонимания ими новых исследовательских задач, а также из-за особых характеристик проблемных детей и семей. Дети с особыми потребностями могут быть для исследователей источником трудностей, таких как мотивация детей, способность уложиться в отведенное время, обеспечение того, чтобы инструкции были правильно поняты, и преодоление возможной скуки, рассеянности и усталости. Аналогичным образом, семьи детей с проблемами часто демонстрируют характеристики, которые могут ставить под угрозу их участие в исследовании. К этим характеристикам относятся высокие уровни стресса, семейные разногласия, психические расстройства у родителей (например, тревога и депрессия), расстройства на почве употребления стимулирующих веществ, ограниченные ресурсы и/или время для исследования и слабые вербальные способности.

Окончательную ответственность за этическую чистоту любого исследовательского проекта несет исследователь. Исследователям рекомендуют или, в случае исследования, финансируемого федеральным правительством, от них требуют обращаться за советом к коллегам. В больницах, университетах, школах и других учреждениях существуют специальные комиссии, оценивающие научные исследования с точки зрения их опасностей и выгод. Эта оценка предполагает соотнесение издержек, которые несут участники исследования, в плане неудобств и возможного психологического или физического вреда, с важностью исследования для прогресса науки и улучшения жизненной ситуации ребенка. Если существуют какие-либо опасности для безопасности и благополучия ребенка или семьи, устранение которых исследователи не могут обеспечить, приоритет всегда отдается участникам исследования.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Исследования в детской патопсихологии должны отвечать определенным стандартам, которые защищают детей и семьи от стрессовых процедур, включая информированное согласие и выражения согласия, добровольное участие, конфиденциальность, анонимность и безопасность.
- Чтобы исследование отвечало этическим стандартам, исследователи должны обращаться за советами к коллегам, а их работа должна оцениваться ревизионными комиссиями по этике. Окончательная ответственность за этическую чистоту любого исследовательского проекта ложится на исследователя.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

- эпидемиологическое исследование (epidemiological research)
- уровни инцидентности (incidence rates)
- уровни преваляирования (prevalence rates)
- переменные-модераторы (moderator variables)
- переменные-медиаторы (mediator variables)
- эффект лечения (treatment efficacy)
- эффективность лечения (treatment effectiveness)
- стандартизация (standardization)
- надежность (reliability)
- валидность (validity)
- электроэнцефалограмма (electroencephalogram)
- нейроизображение (нейроимеджинг) (neuroimaging)
- естественное наблюдение (naturalistic observation)
- структурированное наблюдение (structured observation)
- внутренняя валидность (internal validity)
- внешняя валидность (external validity)
- коморбидность (comorbidity)
- истинный эксперимент (true experiment)
- коэффициент корреляции (correlation coefficient)
- случайное определение (random assignment)
- естественный эксперимент (natural experiment)
- ретроспективный план (retrospective design)
- проспективный план реального времени (real-time prospective design)
- аналоговое исследование (analogue research)
- изучение случая (история болезни) (case study)
- экспериментальный план для одиночных случаев (single-case experimental design)
- план с множественным базисом (multiple-baseline design)

исследование методом поперечных срезов (cross-sectional research)

лонгитюдное исследование (longitudinal research)

когорта (cohort)

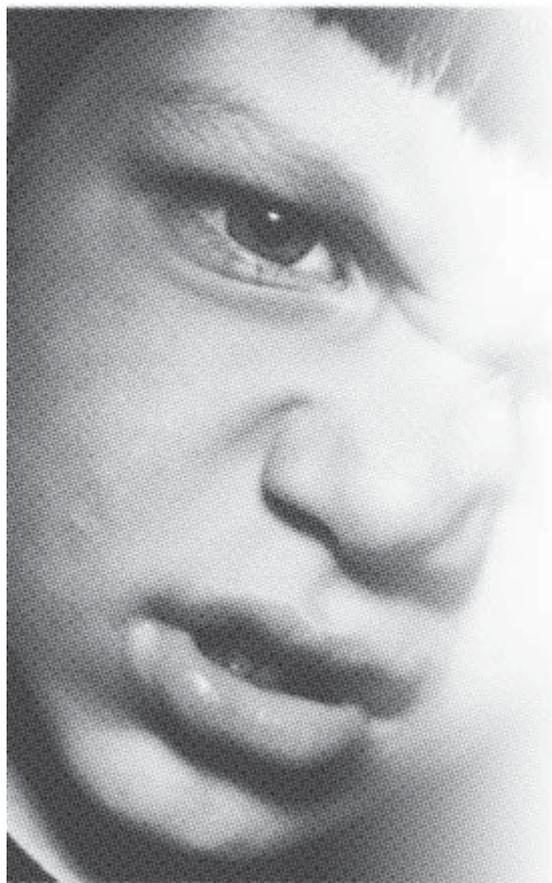
ускоренный лонгитюдный план (accelerated longitudinal design)

качественное (квалитативное) исследование (qualitative research)

информированное согласие (informed consent)

выражение согласия (assent)

Глава 4
ОБСЛЕДОВАНИЕ,
ДИАГНОЗ
И ТЕРАПИЯ



Фелиция: Многочисленные проблемы

Тринадцатилетнюю Фелицию привели к врачу в связи с тяжелой депрессией, нежеланием учиться, нарушением социальных контактов дома и в школе, расстройством сна. Родители впервые обратили внимание на возникшие сложности около года назад, сразу после того, как мать девочки попала в больницу с пневмонией. Фелиция, учившаяся в шестом классе, стала отказываться посещать школу. Чтобы не ходить в школу, она жаловалась на боли в желудке. В это же время нарушилось и социальное поведение. Она хотела все время быть рядом с матерью, часто обращалась к ней за помощью, выполняя работу по дому и свои ежедневные обязанности. Фелиция стала очень тихой, казалась печальной и несчастной, избегала проявлять социальную активность дома и в школе. Вскоре после этого она стала жаловаться на проблемы со сном и потерю аппетита. Примерно в это же время снизились ее оценки в школе: с четверок до троек и двоек. Фелиция говорила, что никто ее не любит, что у нее ничего не получается, и ее жизнь безнадежна (адаптировано из Kolko, 1987, с. 159).

КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Большинство юношей и девушек, которые обращаются за помощью и лечением, имеют многочисленные проблемы. Накапливание этих проблем со временем обычно и приводит их к врачу. Мы отмечали, что большая часть детских расстройств влечет за собой нарушения нормального развития. Например, Фелиция не может справиться с требованиями пубертатного периода: она испытывает трудности при выполнении действий, требующих самостоятельности, трудности в контактах со сверстниками, у нее возникают проблемы с успеваемостью в школе, с самоутверждением, произвольным регулированием эмоций. Девочка подверглась дополнительному стрессу, когда ее мать попала в больницу с пневмонией. Врачу Фелиции необходимо оценить, насколько хорошо девочка может справляться с различными ситуациями. Узнать, какова природа имеющихся у нее расстройств, как она сама оценивает происходящее, исследовать физический статус, когнитивные способности и личность девочки, а также то получает ли Фелиция достаточную поддержку со стороны родителей и учителей. Для того чтобы выявить относительную значимость этих факторов, необходимо располагать хорошо продуманным планом обследования, который позволит поставить диагноз и провести лечение.

В этой главе особое внимание мы уделяем клиническим стратегиям и методам, которые используются для обследования детских психологических и поведенческих проблем, а также различным способам классификации и диагностики детских расстройств.

Здесь также приводится краткое введение в терапию, а подробнее вопросы лечения мы обсудим в последующих главах на примере индивидуальных расстройств. Обзор клинических вопросов начнем с рассмотрения процесса принятия решений, сопутствующего обследованию, постановке диагноза и терапии.

Процесс принятия решений

Как определить, страдает Фелиция психическими расстройствами, требующими внимания специалистов, или она сама сможет справиться с проблемами? Для того чтобы понять основные проблемы пациентов, поставить диагноз и составить план терапии, клиницист должен последовательно рассмотреть ряд важных вопросов. Во многом этот процесс напоминает работу детектива. Он требует отбора и учета многих факторов, которые приводят юношу или девушку к специалисту, а также проверки альтернативных гипотез и схем. Непрерывный процесс принятия решений направлен на поиск ответов как на текущие вопросы, так и на вопросы о происхождении, развитии и оптимальном лечении расстройства (Mash, 1998; Schroeder & Gordon, 1991).

Обычно процесс принятия решений начинается с клинического обследования. **Клиническое обследование** предполагает использование хорошо продуманных стратегий принятия решений, необходимых для понимания детей с нарушениями, их взаимоотношений в семье, школе, со сверстниками (Mash & Terdal, 1997a). Как правило, стратегии включают обследование эмоционального, поведенческого и когнитивного функционирования ребенка, а также учет влияний семьи, школы, сверстников. Эти стратегии составляют основу гибкого, активного процесса проверки гипотез относительно природы нарушений, а также причин и возможных результатов как в случае терапии, так и в случае невмешательства.

Клиническое обследование — это гораздо более сложный процесс, чем проведение интервью или тестирование. Конечной целью процесса принятия решений является эффективное разрешение проблем, стоящих перед детьми и их семьями, восстановление здоровья и улучшение общей атмосферы в семье. *Значение обследования заключается в том, что оно приводит к практическим и эффективным мерам.* Другими словами, тесное и непрерывное взаимодействие между обследованием и вмешательством явля-



Процесс клинической оценки похож на работу детектива.



Биологические факторы и практика социализации тесно связаны, создавая различные профили интересов и поведения у мальчиков и девочек.

ется жизненно необходимым. Эти процессы невозможно рассматривать порознь (Meyer et al., 1998).

Хотя общие знания о специфических расстройствах и указывают на основные моменты, существенные для оценки состояния детей с определенным типом проблем, клиническое обследование должно рассматривать их в отношении конкретного ребенка и его семьи. Всестороннее понимание отдельного ребенка или семьи как уникальной сущности называется **идеографическим** диагнозом, в противоположность **нотетическому** диагнозу, подчеркивающему общие выводы, применимые к широким группам людей. Знание общих принципов психологического обследования, нормального и аномального развития ребенка и семьи, специфических детских расстройств позволяет получить ряд более совершенных гипотез для проверки на идеографическом уровне (Kazdin, 2000).

Процесс принятия решений можно сравнить с одновременной подготовкой к нескольким экзаменам — вам нужно познакомиться с фундаментальными знаниями (такими как информация о детской депрессии и расстройствах психологического развития), а затем объединить эти знания определенным образом и применить их к конкретной проблеме, которую вы собираетесь решить. Так же, как и процесс подготовки к экзаменам, это похоже на то, как будто бы вы пытаетесь слить все в одну воронку, что-

бы отфильтровать самое важное. Но в отличие от подготовки к экзаменам, работа с детьми и их семьями и применение знаний и опыта в новых ситуациях — воистину увлекательное занятие!

Процесс принятия решений начинается с обследования, которое может принимать самые разные формы: от клинического интервью с ребенком и родителями до структурированного обследования поведения и психологического тестирования. Помните, что обследование — это совместный процесс, в котором и ребенок, и семья, и учителя играют активную роль. А поскольку роль взрослых в определении проблем ребенка и передаче информации довольно велика, то налаживание близких контактов и активное вовлечение членов семьи и учителей имеет особое значение.

Анализ развития

Возраст, пол и культура. Краеугольным камнем обследования и терапии детей является ответ на вопрос, какие функции и различия связаны с определенным возрастом (Achenbach, 1997). Оказывает ли возраст, пол и культурный уровень Фелиции влияние на наш подход к обследованию, диагнозу и терапии?

Отказ Фелиции посещать школу в тринадцать лет имеет существенные последствия, так как может привести к отставанию по предметам и потере важ-

ных социальных навыков, связанных с учебной деятельностью. А вот отказ тринадцатилетнего ребенка от путешествия на самолете может вызвать неудобства или беспокойство, но в большинстве случаев не приведет к таким серьезным последствиям, как отказ посещать школу. Возраст ребенка определяет не только решение о наличии или отсутствии аномалий, но и выбор подходящих методов обследования и терапии. Например, в каком возрасте ребенок может предоставить достоверную информацию при проведении интервью?

Для обследования и терапии важно учитывать не только возраст, но и пол ребенка. Многочисленные исследования показывают наличие гендерных различий в степени и в выражении детских расстройств (Kavanagh & Hops, 1994; Lahey et al., 2000; Zahn-Waxler, 1993). Как показано в табл. 4.1, одни детские расстройства чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек (Hartung & Widiger, 1998), другие же, наоборот, чаще встречаются у девочек, а некоторые в равной степени характерны для обоих полов.

Как мы уже отмечали, большинство детских расстройств обнаруживаются взрослыми, когда симптомы становятся особо заметными или причиняющими беспокойство. В общем, для мальчиков более характерно проявление гиперактивности и агрессии, в то время как девочки склонны выражать свои проблемы менее заметным образом (Keenan & Shaw, 1997). Таким образом, может получиться так, что мальчиков чаще приводят к врачу, а расстройства у девочек, не столь открыто проявляющиеся, остаются незамеченными. Обследования и вмешательства должны учитывать возможные отклонения, связанные с половыми и возрастными различиями в развитии и проявлении нарушений.

Следует обратить внимание на еще одно связанное с полом различие. Девочки чаще, чем мальчики,

Таблица 4.1
Гендерные паттерны некоторых расстройств, характерные для детского и подросткового возраста

ХАРАКТЕРНЫЕ РАССТРОЙСТВА МАЛЬЧИКОВ	
Дефицит внимания/гиперкинетическое расстройство	
Расстройство речи	Аутизм
Нарушение поведения	Расстройство чтения
Умственная отсталость	Энурез
ХАРАКТЕРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЕВОЧЕК	
Тревожное расстройство	Расстройство питания
Подростковая депрессия	Сексуальное насилие
ОБЩИЕ РАССТРОЙСТВА ДЛЯ МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК	
Расстройство поведения в подростковом возрасте	Расстройство питания
Детская депрессия	Физическое насилие и запущенность

Источник: Hartung & Widiger, 1998, стр.261.

склонны к непрямому реагированию на агрессию в форме вербальных атак, сплетен, ostrакизма или возмездия третьему лицу (Crick & Rose, 2000). По мере того как девочки вступают в подростковый период, их агрессивное поведение все более ориентируется на групповые нормы и присоединение, в то время как для мальчиков агрессия остается конфронтационной по своей природе. Таким образом, подходы к лечению агрессивных девочек иные, чем к лечению агрессивных мальчиков. Кроме того, дети, проявляющие нетипичные для своего пола формы агрессии (открыто агрессивные девочки и относительно агрессивные мальчики), гораздо более неуравновешенны, чем те, кто проявляет нормативные для данного пола формы агрессии (Crick, 1997).

И, наконец, в процессе обследования и терапии необходимо учитывать культурные факторы, особенно при работе с детьми и семьями, относящимися к этническим меньшинствам. Чтобы достичь взаимопонимания с детьми и их родителями, получить достоверную информацию, поставить точный диагноз, разработать весомые рекомендации по лечению, необходимы знания о культуре. То, что считается аномальным для одной культуры, может быть нормально для другой (M. C. Lambert & Weisz, 1992). Например, детская застенчивость и сверхчувствительность могут оттолкнуть сверстников и привести к нарушениям в отношениях в западной культуре, а у китайских детей в Шанхае эти качества ассоциируются с лидерством, школьной компетентцией и академическими достижениями (Chen, Rubin & Li, 1995).

Врач должен иметь четкое представление обо всем многообразии, существующем как внутри этнических групп, так и между ними, о различных формах акультуризации и стилей жизни. Ассимиляция культур часто не позволяет получить информацию о региональных, возрастных, экономических различиях, существующих внутри этнических групп и между ними. Несмотря на это осознание культурных традиций и ценностей, которые могут влиять на поведение детей и членов их семей, на восприятие и реакции при обследовании и терапии дает клиницисту весомые преимущества при разработке четкой стратегии взаимодействия (Sattler, 1998).

Нормативная информация. В случае Фелиции пониженное настроение и отказ посещать школу последовали за госпитализацией ее матери. Вероятно, это была естественная реакция на стрессовое событие в жизни. Насколько характерны могут быть такие симптомы для подростков после короткого периода разлуки с родителями? Фелиция также избегала социальных контактов и испытывала расстройство сна. Учитывая, что пубертатный период — это время биологического и социального потрясения для многих подростков, можно понять, отличается ли Фелиция от других девочек ее возраста в аспекте данных проблем, и если отличается, то когда следует это принимать во внимание и предпринимать конкретные меры?

Знания, опыт и базовая информация о нормах развития ребенка и проблемах поведения являются решающими точками отсчета для понимания того,

как детские проблемы и потребности попадают в сферу внимания специалистов. Многие родители обнаруживают, что довольно трудно предугадать, чего следует ожидать от детей в различном возрасте. Родители сталкиваются со сложной задачей: нужно определить, какие проблемы приобретают хронический характер, а какие обычны и преходящи. Им необходимо решить, когда следует обратиться за советом, и какой выбрать тип терапии, наиболее подходящий для их ребенка.

Отдельные симптомы поведенческих и эмоциональных проблем, как правило, слабо связаны с общими адаптивными возможностями ребенка. Это также справедливо для симптомов, которые раньше считались значимыми индикаторами психических нарушений, например, сосание соски после 4-летнего возраста (Freeman, Larzelere & Finney, 1994). Обычно на детские расстройства указывают возрастные несоответствия и паттерны симптомов, а не наличие отдельных симптомов. И все же некоторые из них встречаются чаще у тех детей, родители которых обратились за помощью.

Примеры предъявленных родителями симптомов, которые наиболее показательны для детей в возрасте от 4 до 16 лет, приведены в табл. 4.2. Как видите, эти симптомы в той или иной степени проявляются у всех детей — слабая работа в школе и неспособность концентрироваться стоят в начале списка. Фактически, отдельные симптомы сами по себе не подразделяют детей на тех, кто нуждается и кто не нуждается в лечении (Achenbach, Howell, Quay & Conners, 1991). Проблемы, которые свойственны детям, чьи родители обратились за помощью, аналогичны тем проблемам, которые характерны для всей популяции или для детей младшего возраста.

Цели обследования

Описание и диагноз. Первым шагом в понимании конкретной проблемы ребенка является составление

Таблица 4.2
Индивидуальные проблемы, наилучшим образом дифференцирующие детей, обратившихся к специалисту, по оценке родителей

Плохая успеваемость в школе	Грусть или депрессия
Невозможность концентрироваться и удерживать внимание надолго	Нервный, легко возбудимый, напряженный
Недостаток самоуверенности	Чувство беспомощности или сниженная самооценка
Поведение не меняется после наказания	
Непослушание дома	Непослушание в школе
Сложности при выполнении указаний	Выглядит несчастным без особых причин

клинического описания, суммирующего особенности поведения, мыслей и чувств, что и составляет характеристику данного психического расстройства. Клиническое описание связано со сбором базовой информации о предъявленном ребенком (или родителями) жалобах, и особенно о том, чем поведение и эмоции ребенка отличаются или аналогичны поведению и эмоциям других детей того же возраста и пола.

Допустим, вам нужно провести оценку состояния Фелиции. Что в этом случае наиболее важно в клиническом описании? Вам следовало бы начать с того, чем поведение Фелиции отличается от нормального поведения девочек ее возраста. Во-первых, обследование и описание *интенсивности, частоты и глубины* проблем позволит сделать вывод о том, насколько поведение девочки чрезмерно или недостаточно, при каких обстоятельствах оно может перерасти в проблему, как часто оно проявляется или не проявляется, и насколько серьезны эти случаи. Во-вторых, вам надо будет описать *продолжительность* этих проявлений. Некоторые проблемы преходящи и исчезают сами, в то время как другие сохраняются долгое время. Продолжительность проблемного поведения, подобно частоте и интенсивности, должна быть рассмотрена с точки зрения норм для данного возраста. И, наконец, вам надо будет составить полную картину *различных симптомов и их конфигурацию*. Хотя Фелиция нуждалась в помощи в связи с вполне конкретными проблемами в школе и со сверстниками, но чтобы сделать правильный прогноз и выбрать лечение, необходимо учесть ее сильные и слабые стороны.

После описания начальной картины предъявляемых жалоб надо определить, соответствует ли это описание одному или нескольким психическим расстройствам. **Диагностика** — это анализ информации и выводы о природе и причинах проблем, или постановка формального диагноза. Соответствует ли Фелиция стандартным диагностическим критериям депрессивных расстройств, и если да, что могло быть тому причиной?

Термин «диагноз» имеет два различных значения, что может вызвать путаницу. *Таксономический диагноз* фокусируется на формальном отнесении случая к конкретной категории из системы классификации заболеваний, такой как, например, DSM-IV-TR (APA, 2000), или из эмпирически выявленных категорий (что обсуждается ниже в этой главе) (Achenbach, 1998). Во втором случае имеет место более широкое понимание диагноза как *анализа проблем*, при этом диагностика рассматривается как процесс сбора информации, и используется для понимания природы проблем индивида, их возможных причин, выбора методов терапии и оценки результатов. Этот более широкий взгляд на диагностику почти синонимичен термину *обследование*.

Таким образом, обследование в случае Фелиции включает всестороннюю оценку ее состояния, истории жизни и заболевания, включая формулирование выводов об истории развития девочки, возможных причинах расстройств, силе, уязвимости ее психики, вариантах терапии, а также определение прогноза. Кроме того, может быть поставлен и формальный

диагноз тяжелого депрессивного расстройства (см. главу 8 «Расстройства настроения»). Это означает, что Фелиция обладает характеристиками, которые свойственны подросткам с таким расстройством (таксономический диагноз).

Как мы уже обсуждали в главе 3 «Исследования», если признаки разных расстройств проявляются у одного индивида, имеет место коморбидность. Диагноз же одного из расстройств (скажем, депрессии) может свидетельствовать о вероятности наличия и другого расстройства (скажем, тревожности). Примерами некоторых коморбидных расстройств может быть сочетание поведенческого расстройства и дефицита внимания/гиперкинетического расстройства, аутизма или умственной отсталости, детской депрессии и тревожного расстройства.

Прогноз и планирование терапии. Прогноз — это формулирование предположений о поведении в определенных обстоятельствах. Если Фелиции не будет оказана помощь в решении ее проблем, что с ней произойдет в будущем? Ослабнут ли проблемы с возрастом?

Естественно, что родители и окружающие хотят узнать, каковы возможные краткосрочные и долгосрочные последствия для их ребенка, и какие события могут на них повлиять. Вспомните, ведь многие детские проявления — страхи, беспокойство, ночное недержание мочи — обычны для определенного возраста, так что любое решение по поводу терапии должно быть основано на корректном прогнозе. Врачи должны оценить вероятность того, что произойдет в случае принятия терапевтических мер или без них — все останется по-прежнему, улучшится или ухудшится, а также решить, какой курс терапии следует выбрать.

Кроме того, терапия детей и подростков фокусируется в основном на помощи их развитию, а не на простом устранении симптомов или возврате к предшествующему уровню функционирования. В случае Фелиции, например, обследование выявило тот факт, что девочка обладает слабыми социальными навыками, а план вмешательства был сосредоточен на попытках согласованного обучения этим навыкам с целью смягчения трудностей в социальных контактах. Кроме того, основанный на тщательном обследовании прогноз может служить источником информации для родителей и окружающих, напоминая о том, насколько важно предпринять действия немедленно, чтобы снизить вероятность возникновения серьезных проблем в будущем.

Планирование терапии подразумевает использование полученной в процессе обследования информации для составления плана терапии и оценки его действенности. Мать Фелиции оставляет девочку дома, когда она жалуется на боль в животе. Она делает за Фелицию работу по дому. Подсказывает ли эта информация возможный ход действий? Девочка считает, что у нее ничего не получается. Если помочь ей изменить это мнение, а также другие ложные убеждения, устранил ли это депрессивное состояние? Если действие предпринято, то как можно определить, имеет ли оно желаемый эффект?

Планирование терапии может включать дальнейшую спецификацию и измерение возможных причин возникновения проблем, определение ресурсов ребенка и семьи, необходимых для достижения изменения, а также рекомендации по поводу наиболее подходящих для данного ребенка и данной семьи видов терапии. Например, родители окружают Фелицию вниманием и заботой, когда девочка остается дома. Не поощряют ли они тем самым дочь к дальнейшим жалобам и пропускам школьных занятий? Хочет ли Фелиция обсуждать отказ посещать школу с терапевтом? Хотят ли родители изменить ее поведение, невзирая на предысторию ранее имевших место попыток и неудач?

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Клиническое обследование направлено на оценку поведения, когнитивных функций и эмоций ребенка, а также внешних обстоятельств, которые могут быть связаны с имеющимися у него проблемами.
- Значение обследования заключается в том, что оно указывает путь к эффективным мерам. Между обследованием и вмешательством должна быть тесная связь.
- Возраст, пол и культура влияют на проявление симптомов и поведение, и способы их распознавания, а также определяют выбор наиболее подходящих методов обследования и терапии.
- Детские расстройства определяют не по отдельным симптомам, а по паттерну симптомов и возрастному несоответствию.
- Три цели обследования включают: постановку диагноза (определение природы и причин проблем, формальный диагноз), определение прогноза (предположение о поведении в определенных обстоятельствах) и планирование и оценку терапии (получение информации, непосредственно относящейся к терапии).

ОЦЕНКА РАССТРОЙСТВ

Если что-то существует, то оно существует в некотором количестве. Если оно существует в некотором количестве, это можно измерить.
Рене Декарт

Не все важное можно измерить, но все, что можно измерить, важно.
Альберт Эйнштейн

Допустим, вы собираетесь заняться проблемами Фелиции. С чего вы начнете? Что бы вы включили

в оценку? Станете ли проводить интервью с обоими родителями, Фелицией, учителем? Нужно ли наблюдать Фелицию в домашней обстановке? В школе? Есть ли психологические тесты и анкеты, которые смогут помочь вам определить сильные и слабые стороны девочки — интеллект, эмоции, концентрацию, социальные навыки и способности к обучению?

Вы скоро увидите, что процесс принятия решений приобретет комплексный характер. Из-за этих сложностей обследования часто используется мультидисциплинарный подход. Для того чтобы получить наиболее полную картину психического здоровья ребенка, вместе с клиницистами работают те, кто имеет специальный опыт в проведении и интерпретации психологических тестов. Мультидисциплинарные команды могут включать психолога, терапевта, логопеда, специалиста по педагогике и социального работника.

Некоторым детям может потребоваться медицинское обследование, чтобы выяснить, не связаны ли расстройства с физическими проблемами. Например, в некоторых случаях причиной ночного недержания мочи и расстройства сна могут быть физиологические проблемы. В случае Фелиции необходимо тщательное терапевтическое обследование, чтобы дать оценку болям в желудке, нарушению сна и потере веса. Медицинское обследование также нужно для того, чтобы выяснить, не связана ли депрессия с использованием лекарств или физическими нарушениями функционирования организма, такими как гипотиреоз (низкий уровень гормона щитовидной железы).

Клиническое обследование ребенка, который испытывает определенные трудности, опирается на мультиметодический подход. Он подчеркивает важность получения информации из различных источников, при различных обстоятельствах; использует целый ряд процедур, включая интервью, наблюдения, анкеты и тесты. Решение по поводу того, какие из множества доступных методов обследования будут полезны в данном случае, исходят из целей конкретного обследования: делается ли оно для постановки диагноза, определения прогноза или эффективности терапии, а также из природы проблемы (т. е. является ли она открытой, как агрессия, или скрытой, как тревожность); и из характеристик и возможностей ребенка и семьи. Кроме того, очень важно выбрать методы, которые обладают высокой надежностью, валидностью и практичностью.

Клиническое обследование состоит из ряда стратегий и процедур, которые должны помочь понять мысли, чувства и поведение ребенка в различных ситуациях. Клинические интервью, которые обычно проводятся с ребенком и родителями по отдельности, а также семейные интервью помогают установить контакт с ребенком и семьей. Они также играют важную роль в получении базовой информации относительно всех мнений и точек зрения — ребенка и членов семьи, и в определении направлений дальнейших опросов. Затем используются обследование поведения, контрольные таблицы, рейтинговые шкалы и психологические тесты. Источником информации служат также учителя и другие люди,

которые взаимодействуют с ребенком в разных ситуациях. Все это делается для получения максимально полной картины, что необходимо для разработки и применения наиболее подходящего плана терапии.

Тщательное обследование требует анализа сильных и слабых сторон ребенка во многих специфических сферах — от навыков речи и самообслуживания до способностей к взаимодействию и лидерству. Если результаты работы показывают, что некоторая сфера функционирования требует более близкого рассмотрения, то требуется более глубокое обследование. Однако если первичное обследование говорит о том, что определенные сферы функционирования не представляют проблемы, то нет необходимости в их дальнейшем исследовании. Например, если у ребенка плохая успеваемость в школе, то важно оценить его интеллект и академические показатели. С другой стороны, если ребенок испытывает трудности дома, а в школе все хорошо, то нет необходимости проводить дальнейшее обследование интеллектуального и академического функционирования.

Теперь перейдем к описанию других методов исследования детей и подростков, а также обсудим обстановку и социальное окружение, которые играют основную роль в понимании природы каждой конкретной проблемы. Эти методы во многом похожи на те, которые используются при проведении различных исследований (это обсуждалось в главе 3). Однако в этой главе мы фокусируем внимание на применении этих методов по отношению к конкретным детям и их семьям в контексте клинического обследования.

Клиническое интервью

Дети и подростки обычно не обращаются за помощью сами. Их приводят к специалисту, когда их поведение начинает беспокоить других. Поэтому они часто не понимают, почему их обследуют, ничуть не страдают и не видят причин для беспокойства (откровенно говоря, с некоторыми взрослыми случается то же самое!). Первичное клиническое интервью служит не только источником информации, но и помогает наладить взаимодействие и взаимопонимание между ребенком, членами семьи и другими заинтересованными лицами.

Клиническое интервью продолжает оставаться самым универсальным средством обследования, которое используется в отношении детей и членов семьи (Sattler, 1998). Интервью могут в значительной степени отличаться в зависимости от теоретической ориентации, стиля и целей специалиста (Sattler & Mash, 1998). Интервью позволяет терапевту быстро и гибко собрать информацию в течение нескольких встреч, а результаты могут быть интегрированы при помощи наблюдения семьи или психологического тестирования.

В клинических интервью используется гибкий разговорный стиль, что помогает сформировать наиболее полную картину ситуации. Клиническое интервью позволяет детям и их родителям отстаивать свои мысли и чувства так, как это обычно происхо-

дит в повседневной жизни. В течение клинического интервью специалист может наблюдать за невербальной коммуникацией между ребенком и родителями: выражением лица, положением тела, интонациями, жестами, манерами и движениями.

В процессе клинического интервью за короткий промежуток времени можно собрать огромный объем информации. Например, в одночасовом интервью с одним из родителей можно получить массу деталей об истории развития ребенка, особенностях его поведения, о реакции на воспитательные меры, об отношениях с другими и успеваемости в школе, узнать о том, что ребенок любит и чего не любит, — гораздо больше, чем можно увидеть, наблюдая родителей и ребенка в течение того же часа (Sattler, 1998). Во врезке 4.1 приводится неструктурированное интервью с Мартой, 14-летней девушкой, которую беспокоят симптомы социальной тревоги.

Многие клиницисты разрабатывают свой стиль вовлечения детей школьного возраста и подростков в беседу (для того чтобы дети чувствовали себя комфортно, мы часто используем видеоигры, игрушки и аналогичные «приманки»). Если на прием пришел маленький ребенок, то имеет смысл для начала вовлечь одного из родителей в игру или совместную деятельность, так как маленькие дети чувствуют себя в своей тарелке лишь тогда, когда рядом родители. (Для этой возрастной группы налаживанию новых взаимоотношений способствуют рисование, раскрашивание и подобные занятия). Однако соответственно уровню развития маленькие или умственно отсталые дети могут дать лишь самую общую картину своего внутреннего состояния, поведения и жизненных обстоятельств.



Часто первой реакцией детей при встрече со специалистом-психиатром является страх и сопротивление.

Ориентируясь на возраст ребенка, вы, возможно, захотите провести интервью, используя дружеский подход, соответствующий развитию ребенка, природе проблемы и целям интервью. Необходимо собрать информацию о восприятии ребенком себя и других людей, получить примеры его реакций на социальные ситуации, взаимодействие с взрослыми. При таком интервью важно все: и взгляды ребенка на обстоятельства, которые привели его в клинику, и ожидания относительно улучшений, и понимание самой ситуации обследования, а также способы интерпретации основных событий в жизни ребенка, таких как развод или насилие в семье.

Какие вопросы вы хотели бы задать родителям Фелиции? Возможно, вы захотите узнать, насколько трудно протекало дистанцирование Фелиции от родителей, и предпринимались ли ранее какие-либо меры. Возможно, вы захотите обсудить с родителями Фелиции причины их проблем, и обрисовать следующие шаги процесса обследования и терапии.

История развития и семейная история. Первичное обследование часто включает **историю развития** или **семейную историю** о потенциально значимых этапах развития и событиях истории родителей, которые могли оказать влияние на текущие трудности ребенка. Такую информацию можно получить при помощи биографических анкет или в процессе первичного интервью, которое обычно затрагивает следующие вопросы (Nay, 1979):

- *Рождение ребенка и связанные с ним события* — беременность, осложнения при родах, употребление матерью в течение беременности наркотиков, алкоголя, курение.
- *Вехи развития ребенка*, включая возраст, когда ребенок пошел, развитие речи, контроль мочевого пузыря и кишечника, навыки самообслуживания.
- *Медицинская история ребенка*, включая травмы, несчастные случаи, операции, заболевания и проведенное лечение.
- *Характеристики семьи и история семьи*, включая возраст, род занятий, семейное положение членов семьи, образование, медицинскую историю и сведения о психических болезнях членов семьи, родных братьев и сестер.
- *Межличностные навыки ребенка*, включая отношения со взрослыми и другими детьми, игры и социальную активность.
- *История образования ребенка*, включая академическую успеваемость, школы, которые посещал ребенок, отношение к школе, отношения с учителями и одноклассниками, дополнительные занятия.
- *Для подростков* — информация о *роде занятий и отношениях с другими* людьми того же или противоположного пола.
- *Описание предъявленной проблемы*, включая детальное описание проблемы и сопутствующих обстоятельств, и предпринятые ранее родителями попытки разрешить эту проблему.

Др. М.: В каких ситуациях ты ощущаешь тревогу?

Марта: Когда мне приходится выступать в классе, есть в школьном буфете или идти в спортзал. В любой ситуации, когда рядом другие дети.

Др. М.: Когда ты впервые почувствовала тревогу в классе?

Марта: Даже мысль о выступлении в классе за день до этого вызывает тревогу. На следующее утро она усиливается. К началу урока я уже полная развалина.

Др. М.: Расскажи, что ты чувствуешь, когда накачивается тревога.

Марта: Я ощущаю пустоту в глубине живота. Мое сердце начинает колотиться, а руки покрываются потом. Мой мозг взрывается, и я не могу придумать, что сказать. Это ужасно. Иногда я просто пропускаю урок.

Др. М.: О чем ты думаешь, когда пропускаешь урок?

Марта: Я боюсь, что учитель попросит меня выступить. А я не буду знать, что говорить. А если что-то скажу, то это будет страшная глупость. Учитель и одноклассники подумают, что я дура, настоящее ничтожество.

Др. М.: Какие у тебя отметки в школе?

Марта: Довольно хорошие — четверки. Но были бы гораздо лучше, если бы я не пропускала столько уроков.

Др. М.: Итак, ты учишься хорошо. Почему же ты думаешь, что одноклассники будут считать тебя глупой, если ты заговоришь в классе?

Марта: Я не знаю. Просто будет, и все.

- *Ожидания родителей* для обследования и терапии по поводу ребенка и самих себя.

Вот часть истории развития и истории семьи из слов родителей Фелиции:

Фелиция: История

Со слов родителей, Фелиция появилась на свет в результате незапланированной беременности, которая последовала за выкидышем, усыновлением мальчика и рождением сестры. Беременность матери и раннее детство Фелиции прошли без осложнений и, в общем, благополучно. Развитие было запоздалым, требовалась дополнительная помощь, так как девочка не справлялась с повседневными задачами, была довольно замкнута и некоммуникабельна, испытывала речевые затруднения. Родители говорили, что они пытались «нянчить» Фелицию, так как считали ее «запаздывающей». Учителя также характеризовали ее как ребенка незрелого, хотя посещаемость и академическая успеваемость были относительно неплохи после того, как девочка осталась на второй год в первом классе.

Сводный брат Фелиции, 23-х лет, посещал местный колледж и жил дома. Ее сестра, 16 лет, также жила дома и училась в средней школе. Мать Фелиции получила диплом сиделки, отец имел степень доктора химических наук и работал менеджером в исследовательском отделе одной крупной компании. Дети существенных проблем не испытывали, за исключением брата, который

испытывал определенные трудности самоопределения в подростковом возрасте.

По словам матери Фелиции, она испытывала депрессию после каждой беременности, и после смерти отца, которая произошла годом раньше; эта потеря была болезненной и для Фелиции, и для ее матери. Отец Фелиции не жаловался на какие-либо трудности и казался эмоционально устойчивым надежным человеком (адаптировано из Kolko, 1987, с. 159–160).

Ряд событий, представленный в этой истории развития, может иметь отношение к оценке текущих проблем Фелиции и должен быть учтен в процессе обследования. Например, отношение родителей к Фелиции в раннем детстве, могло привести ее к чрезмерной зависимости от них, а в дальнейшем к отказу посещать школу. Глубокая депрессия, которую испытывала мать Фелиции после каждой беременности, может свидетельствовать о риске возникновения наследственной депрессии. Смерть бабушки могла спровоцировать расстройство настроения как у Фелиции, так и у ее матери.

Ранняя стадия обследования связана не только с формулировкой гипотез; по мере накопления информации и получения новых данных гипотезы могут получить подтверждение или быть отвергнуты.

В процессе первичного интервью, чтобы оценить общее психическое функционирование ребенка, клиницист может провести обследование психического статуса. В процессе **обследования психического статуса**, которое обычно проводится в ходе интервью, клиницист задает вопросы и оценивает ре-

бенка по пяти общим аспектам: внешний вид и поведение, процесс мышления, настроение и эмоции, интеллект и восприятие (т. е. осведомленность ребенка об окружении).

Вот результаты краткого обследования психического статуса, проведенного в течение первоначального интервью с Фелицией:

Фелиция: Психический статус

Обследование психического статуса показало, что Фелиция тихая, некоммуникабельная девочка, которая использовала лишь несколько базовых социальных навыков. Она редко вступала в контакт глазами, говорила невнятно, использовала небольшой набор слов, редко инициировала беседу и не могла сказать ничего положительного о себе. Она признавала чувство депрессии и отрицала любые позитивные черты, не объясняя подробно своих переживаний; признавала нарушения сна. Фелиция отрицала тревожные и панические приступы, суицидные или агрессивные мысли, намерения или планы. У нее не обнаружены перцептивные или мысленные нарушения. Она ориентирована в собственной личности, времени и месте (т. е. знает время и день недели, кто она и где находится) (Kolko, 1987, с. 160).

Неформальные наблюдения, сделанные в процессе обследования психического статуса, позволяют выделить те аспекты поведения и условия, которые необходимо подвергнуть более глубокой оценке при помощи сфокусированного обследования поведения или формальных психологических тестов. Что можно узнать из обследования психического статуса Фелиции? У нее замедленный темп речи. Она почти не вступает в контакт глазами, не проявляет в разговоре активности и говорит о нарушении сна. Эти наблюдения соответствуют жалобам Фелиции на депрессию и предполагают наличие депрессивного расстройства. Однако для подтверждения или опровержения этого диагноза необходима дополнительная информация, полученная посредством структурированного интервью или анкет; кроме того, должны быть подвергнуты обследованию и другие аспекты ее личности, связанные с социальной тревогой и дефицитом социальных навыков.

Полуструктурированное интервью. Большая часть интервью, проводимых с детьми и их родителями, имеет неструктурированный характер; это значит, что специалист использует предпочитаемый им стиль интервью для освещения интересующих его вопросов в неформальной и гибкой манере. Неструктурированное клиническое интервью является богатым источником клинических гипотез. Однако недостаток стандартизации может привести к низкой надежности и селективному или смещенному сбору данных. Поэтому для получения конкретной информации и полного освещения специфичес-

ких проблем клиницисты иногда используют полуструктурированные клинические интервью.

Полуструктурированное интервью включает специфические вопросы, сформулированные в целях последовательного и независимого сбора информации. Полуструктурированное интервью можно проводить на компьютере, что интересно для многих детей постарше и подростков и кажется не столь угрожающим, как личное интервью. К тому же такое интервью позволяет прояснить все важные вопросы, которые могут возникнуть в процессе разговора.

Таблица 4.3 Вопросы полуструктурированного интервью для детей и подростков с проблемами питания

Текущие особенности питания

- Меняются ли ваши привычки питания день ото дня?
- Вы чувствуете, что вы едите не так, как другие?

Специфические проблемы питания

- Избегаете ли вы есть пищу, которую любите?
- Вы когда-либо ели тайно?

Отношение к еде и питанию

- Испытывали ли вы когда-либо чувство вины после принятия пищи?
- Как вы думаете, вы можете контролировать свое питание?

Представление о собственном теле

- Вы все время думаете о том, чтобы похудеть?
- Вы боитесь набрать избыточный вес?

Вес

- Изменился ли ваш вес за последние 3 месяца? Если да, то насколько?
- Вы пытаетесь сейчас снизить вес, соблюдаете диету?

Обжорство

- Всегда ли вам удавалось контролировать, что вы едите и сколько вы едите?
- Как вы себя чувствуете после того, как быстро съедите большой объем пищи?

Искусственное опорожнение желудка

- Пытаетесь ли вы осознанно вызвать рвоту после еды?
- Если да, то как вы это делаете?

Другие методы, используемые для контроля веса

- Принимаете ли вы слабительное, таблетки для похудения или нечто подобное для контроля веса?
- Как часто вы их принимаете (название)?

Упражнения и типы активности

- Какие упражнения вы делаете?
- Связаны ли каким-либо образом ваши упражнения с питанием?

Физический статус

- Каково состояние ваших зубов? (опорожнение желудка путем рвоты может сопровождаться разрушением зубов, т. к. желудочная кислота разрушает защищающую зубы эмаль).
- Расскажите о менструальном цикле (для девушек).

Источник: адаптировано из Sattler, 1998.

Эффективность использования полуструктурированного интервью может быть нарушена из-за плохого контакта между ребенком и специалистом, особенно если интервью проводится слишком жестко. Дети и подростки могут быть не склонны делиться важной информацией, которая не имеет прямого отношения к вопросам анкеты. Полуструктурированное интервью с соответствующими модификациями, которые упрощают процесс опроса, является надежным и чрезвычайно полезным средством (Edelbrock, Crnic & Bohnert, 1999). В табл. 4.3 приводятся примеры вопросов такого интервью для подростков с проблемами питания.

Обследование поведения

Описанное выше клиническое интервью эффективно при получении информации от родителей и детей школьного возраста. Оно дает начальное представление о мыслях, чувствах и поведении ребенка и членов семьи, а также о факторах, вносящих вклад в проблемы ребенка. Однако иногда возникает необходимость получить сведения о поведении ребенка в повседневной жизни в школе и дома из первых рук, или попросить кого-нибудь, кто регулярно видит ребенка, оценить его поведение.

Обследование поведения — это стратегия для оценки мыслей, чувств и действий ребенка в определенном окружении, на которой основываются гипотезы о природе проблемы и ее возможном решении (Bellack & Hersen, 1998; Mash & Terdal, 1997a). В общих словах, обследование поведения основано на прямом наблюдении за поведением ребенка, а не на предположениях о его мыслях, чувствах и поведении, полученных из описаний чернильных пятен или нарисованных им картинок.

При помощи этого обследования клиницист или другой человек, регулярно наблюдающий за ребенком, определяет **поведение-мишень**, т. е. первичную, требующую внимания проблему с целью последующего определения специфических факторов, которые могут контролировать или влиять на поведение ребенка. Иногда это простая задача, например, если каждый понедельник ребенок жалуется на боль в животе, и в результате его оставляют дома. В других случаях ребенок имеет многочисленные проблемы в школе и дома. Например, отказ Фелиции посещать школу оказался частью большого количества трудностей, которые включали социальную самоизоляцию, депрессию и тревожность, связанную с боязнью разлуки.

Даже кажущаяся простой задача — определить, что же беспокоит ребенка, — иной раз перерастает в проблему. Помните, что обычно взрослые решают, есть ли у ребенка проблемы и надо ли его вести к специалисту. Взрослые часто не соглашаются с причиной проблемы, особенно если они наблюдают ребенка в различных условиях (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987). Кроме того, предъявленная проблема может существенно отличаться от того, что в конце концов будет определено как цель вмешательства.

Простая и широко используемая форма изложения результатов обследования поведения называет-

ся «АВС обследование» или «азбука обследования» (от первых букв трех основных ее составляющих):

A = события, непосредственно предшествующие появлению нарушенного поведения

B = проявления нарушенного поведения

C = последствия нарушенного поведения.

В случае Фелиции мы наблюдали следующую цепочку: (A) как только мать Фелиции предлагает ей пойти в школу, (B) Фелиция жалуется на боли в животе и отказывается идти в школу, (C) и мать позволяет девочке остаться дома. Эта цепочка позволяет предположить, что Фелиция получает вознаграждение за физические жалобы и отказ идти в школу — так как ей не приходится идти в школу. К тому же, поскольку нет никаких положительных последствий посещения школы и нет никаких отрицательных последствий пребывания дома, Фелиция может действовать подобным образом каждый будний день. «Азбука» оценки может быть использована для организации информации той форме, как описано выше, или в качестве общего метода структурирования оценки (Beck, 2000).

Бихевиоральный анализ или функциональный анализ поведения — это общий подход к организации и использованию полученной в результате оценки информации в терминах причин и последствий нарушенного поведения (Scotti, Morris, McNeil & Hawkins, 1996). Как показано на рис. 4.1, функциональный анализ может быть применен для идентификации широкого спектра таких причин и последствий нарушенного поведения, которые могут внести свой вклад в отказ Фелиции посещать школу и в развитие депрессии. Они включают редукцию тревоги, отдаление возможных неприятных инцидентов (подразнивание в школе), события внешнего окружения, мысли и чувства Фелиции.

Целью функционального анализа является идентификация максимально возможного числа факторов, влияющих на нарушенное поведение, мысли и чувства, и разработка гипотез о наиболее важных и/или корректируемых факторах. В некоторых случаях можно получить подтверждение или опровержение гипотезы довольно простым способом: достаточно поменять местами причины и последствия нарушенного поведения и посмотреть, изменилось ли поведение. Например, мы можем научить Фелицию расслабляться при мыслях о школе (изменение причин) и посмотреть, уменьшилось ли число отказов посещать школу. Или научим ее заменять негативные суждения («У меня ничего не получается») на позитивные («У меня все получится в школе»), и посмотрим, ослабнут ли депрессивные симптомы и повысится ли ее самооценка. Эти примеры демонстрируют взаимосвязанность процессов обследования и вмешательства при проведении функционального анализа.

Процесс сбора информации о поведении ребенка в специфическом окружении может принимать различные формы. Часто он включает (а) опрос родителей, учителей или ребенка о происходящем в специфичес-

ких ситуациях (например, вопрос к матери: что она делает, если ребенок не слушается) или (б) наблюдение за ребенком (например, как протекает взаимодействие ребенка и родителей в процессе игры). Клиницисты разрабатывают первоначальную гипотезу на основе информации, предоставленной родителями на основе информации, предоставленной родителями и ребенком в течение интервью, развивают ее, пользуясь средствами оценки поведения (бихевиоральные таблицы и рейтинговые шкалы) и результатами наблюдений за поведением ребенка в реальной жизни или в ролевой игре. В общем, функциональный анализ можно рассматривать как метод организации информации по обследованию индивидуальности ребенка и разработке гипотез терапии (Evans, 1999).

Контрольные таблицы и рейтинговые шкалы.

Отчеты о поведении и приспособленности ребенка можно получить при помощи общих контрольных таблиц и проблемно-сфокусированных рейтинговых шкал. В таблицах общего поведения родители, учителя и иногда сами дети отмечают наличие или отсутствие целого ряда типов поведения и в некоторых случаях частоту и интенсивность.

В отличие от клинического интервью, хорошо развитая контрольная таблица в известной степени стандартизована, поэтому можно провести сравнение индивидуальных показателей ребенка с показателями эталонной группы детей того же возраста и пола. Контрольные таблицы экономичны в применении и являются богатым источником информации о восприятии поведения ребенка родителями и учителями, включая возможные расхождения мнений в пределах одной семьи и между родителями и учителями. Однако следует помнить, что информаторы могут отличаться по своим взглядам на сильные и слабые стороны ребенка, так как их взаимодействие с ребенком происходит в разном окружении и при разных обстоятельствах. Все же эти расхождения вовсе не несут негативной нагрузки, так как информируют о возможном спектре типов поведения ребенка, возможных обстоятельствах, которые усиливают или ослабляют поведение-мишень (к примеру, чтение вслух в школе), возможные нереалистические требования к ребенку или ожидания.

Контрольная таблица детского поведения CBCL (Child Behavior Checklist/4–18), разработанная Томасом Ахенбахом (Thomas Achenbach, 1991a, 1999)

и его коллегами, является основной таблицей для оценки поведенческих проблем детей и подростков. Надежность и валидность CBCL документально подтверждена во многих исследованиях, и CBCL широко используется в терапии и школах. Форма CBCL для родителей является частью набора шкал для оценки детей от 4 до 18 лет, которая также включает отчет учителей и ребенка, измерения по наблюдениям в классе и интервью.

Шкалы CBCL могут быть использованы для формирования профиля, который дает клиницисту общую картину всего разнообразия и глубины детских поведенческих проблем. Профиль CBCL, полученный из таблицы, заполненной матерью Фелиции, представлен на рис. 4.2 и демонстрирует тот факт, что основные аспекты, которые отметила мать девочки, связаны с соматическими жалобами, симптомами социального отчуждения, тревоги/депрессии, и другими социальными проблемами. Баллы Фелиции по этим трем измерениям очень велики, и она попадает в верхнюю 5% группу по сравнению с девочками того же возраста.

Кроме контрольных таблиц для оценки поведения, которые затрагивают широкий ряд детских проблем, существуют еще и другие рейтинговые шкалы, сфокусированные на специфических расстройствах, например, таких как депрессия, тревожное расстройство, аутизм, гиперкинетический синдром и синдром дефицита внимания, асоциальное поведение; или специфических областях функционирования, таких как социальная компетентность, адаптивное поведение или успеваемость в школе (Kamphaus & Frick, 1996; Mash & Terdal, 1997b). Оценивают детей обычно родители, учителя и старшие дети или сами подростки. Многие из этих оценок дают более сфокусированный взгляд на специфические проблемы, чем общая контрольная таблица. Ниже вы познакомитесь с несколькими примерами рейтинговых шкал, которые используют для оценки специфических проблем.

Процедура заполнения таблиц может быть проведена в благожелательной и развлекательной манере, что увеличит заинтересованность ребенка в материале. Например, как уже говорилось выше, опросы подростков могут проводиться на компьютере. Маленьким детям дают карточку с рядом возможных вариантов ответа, при этом используются изображения веселых или грустных лиц или пиктограммы, соответствующие данной возрастной группе.

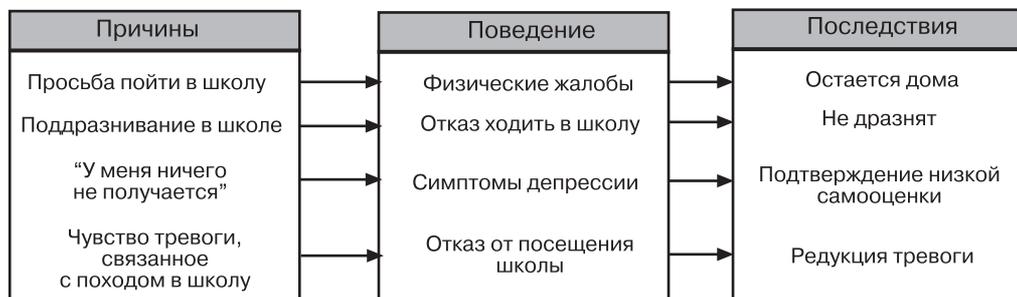


Рис. 4.1. Функциональный анализ: причины, проявления и последствия нарушенного поведения.

Наблюдение за поведением и запись. Так как маленькие дети не могут ответить на вопросы о своем здоровье (к тому же обычно проблема видна лишь родителям), родители, учителя или врачи могут регистрировать специфическое поведение-мишень. Родители или другие наблюдатели обычно записывают данные *исходного уровня* (до вмешательства) по одной или двум проблемам, которые они хотели бы изменить; например, как часто ребенок выполняет их требования или как часто испытывает вспышки раздражения.

Записи родителей обладают тем преимуществом, что дают текущую информацию об интересующем поведении в привычном окружении, которое недоступно для специалиста. Родительский мониторинг приносит и вторичные выгоды, напрямую не связанные с оценкой, так как позволяет определить мотивацию родителей, а сами родители учатся наблюдать, могут более реалистично оценивать эффект терапии. Однако иногда возникают практические проблемы: если дети знают, что за ними наблюдают, то могут реагировать не так, как обычно. Во врезке 4.2 «Крупным планом» показано, почему наблюдение за поведением может оказаться полезным при любом клиническом обследовании.

Для того чтобы посмотреть, как могут вести себя родители и дети в повседневных ситуациях в школе и дома (проблемы во время завтрака, уборки или ситуации решения проблем, как вместе играть в игры), можно организовать *ролевую игру* непосредственно в клинике (Roberts, 2001). Например, наблюдая семьи, в которых дети подвергались физическому насилию

в дошкольном возрасте, мы стараемся выбрать вид деятельности, который поможет выявить взаимодействие и конфликты ребенка и родителей. Вначале просим родителей поиграть с ребенком, так чтобы мы смогли оценить их педагогический стиль, а затем просим родителей заставить ребенка отложить его любимые игрушки, что часто заканчивается отказом и конфликтом (D. A. Wolfe, 1991).

В случае Фелиции ролевая игра использовалась для оценки социальных навыков девочки. Вначале ситуация была описана следующим образом: «Ты сидишь в школьном буфете и ешь свой завтрак. Жанет, девочка из твоего класса, подходит к твоему столу и садится напротив». Затем врач берет на себя роль Жанет и говорит: «Привет, Фелиция. Тебе нравится завтрак?» Фелиция реагирует и взаимодействие продолжается, давая специалисту возможность непосредственно наблюдать социальные навыки Фелиции в ситуации, которая может произойти в повседневной жизни (Kolko, 1987).

Однако следует помнить, что прямые наблюдения не столь просты. Врач должен принимать во внимание информатора, ребенка, природу проблемы, семейный контекст и понимать, что любой из этих моментов может исказить результаты. За исключением этих ограничений, прямые наблюдения являются значимым и полезным шагом в процессе принятия решений, и это справедливо для большинства семей, которые добровольно ищут помощи и понимают, что может потребоваться для тщательного обследования и плана терапии.

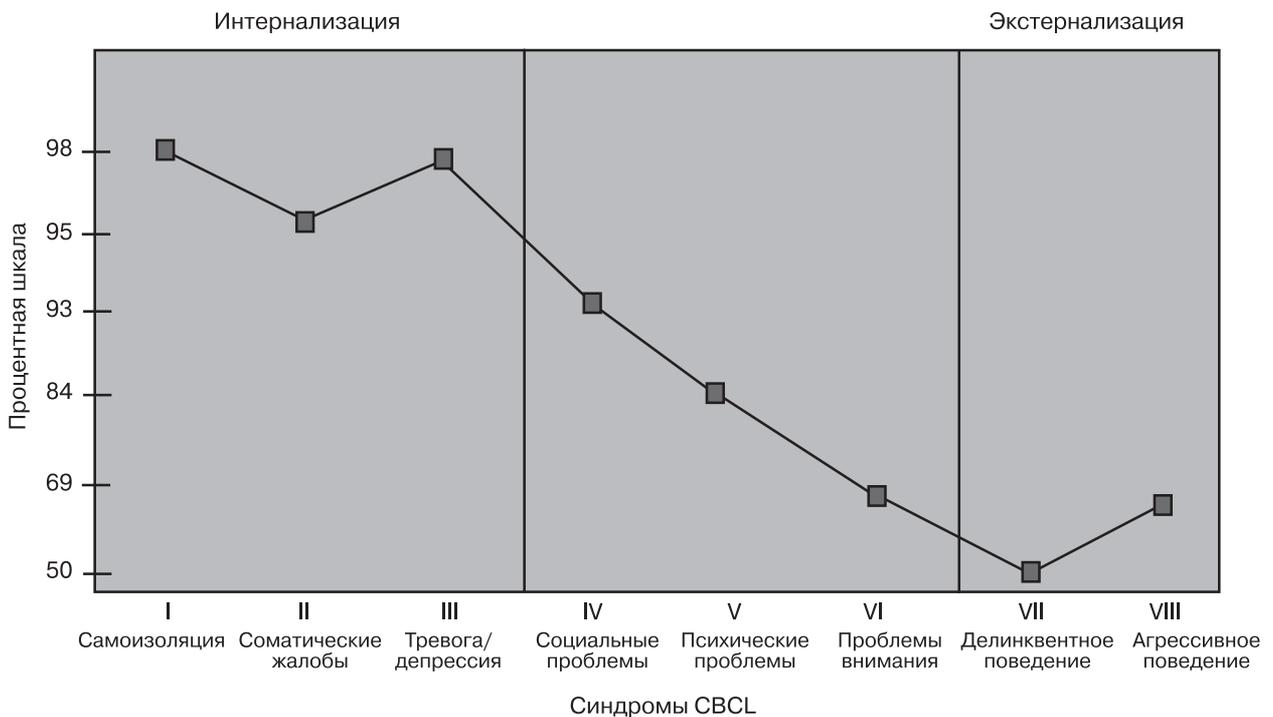


Рис. 4.2. Профиль Фелиции по CBCL (Achenbach, 1993a).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

Тест — это задание или набор заданий, которые выполняются в стандартных условиях с целью обследования некоторых аспектов знаний ребенка, его навыков, личностных качеств. Большинство тестов стандартизовано по четко определенной эталонной группе, — например, детей одного возраста, пола или социально-экономического положения; такая группа называется *нормативной группой*. Показатели конкретного ребенка сравниваются с показателями соответствующей группы, и определяется отклонение от нормы. Широкая распространенность и наглядность использования тестов в нашей культуре породила ошибочное мнение, что тестирование и психологическое обследование — это одно и то же. Хотя тесты и играют важную роль в обследовании детей, но они представляют собой лишь часть общего процесса принятия решений.

Для обследования расстройств развития, обучения и поведения клиницисты обычно используют шкалы развития, тест интеллекта и образования, проективные тесты, личностные тесты, нейропсихологические тесты (Halperin & McKay, 1998; Sattler, 1998). При работе с детьми в качестве методов диагностики чаще всего используются тесты, и особенно тесты на умственное развитие (Mooney & Harrison, 1987).

В этом разделе мы познакомим вас с некоторыми наиболее распространенными тестами для обследования детей. Помните, что тестовые показатели всегда должны интерпретироваться в контексте другой диагностической информации. Часто наблюдения за поведением детей в тестовой ситуации может рассказать столь же много о ребенке, сколько и его показатели.

Тесты развития используются для обследования младенцев и маленьких детей в целях отбора, определения диагноза и анализа раннего развития. Отбор — это идентификация детей с фактором риска, которые затем подвергаются более тщательному обследованию. Новые законы направляют общественное внимание и деятельность на важность ранней диагностики в разработке эффективных стратегий для раннего вмешательства и профилактики (Osofsky, 1998). Поскольку тесты отбора коротки, в дальнейшем необходимо проведение более тщательное обследование развития маленьких детей.

Тестирование интеллекта и способности к обучению. Диагностика интеллектуального развития ребенка и его способности к обучению является ключевым аспектом клинического обследования для широкого спектра детских расстройств (Sattler, 2001). Для некоторых детей ухудшение мышления и способности к обучению может явиться результатом их поведенческих и эмоциональных проблем. Например, снижение оценок Фелиции с четверок до троек и двоек произошло, похоже, в результате ее отказа посещать школу и депрессии. Для других де-

тей, особенно страдающих умственной отсталостью или нарушениями речи, проблемы мышления и обучения могут быть частью самого расстройства.

В других случаях природа соотношений между детскими расстройствами и нарушениями мышления и обучения менее ясна. Например, дети с гиперкинетическим расстройством и синдромом дефицита внимания (ADHD) имеют пониженный коэффициент в стандартных тестах интеллекта и более низкую успеваемость в школе по сравнению с остальными детьми. Связана ли низкая производительность с невнимательностью в ситуации тестирования и в классе, или она связана с другим фундаментальным недостатком в способе обработки информации (Glutting, Youngstorm, Ward, Ward & Hale, 1997)? Вот некоторые вопросы, на которые поможет ответить диагностика интеллекта и способности к обучению.

Как бы вы определили понятие интеллект? Большинство представляют себе интеллект как способность к решению проблем, вербальные способности и социальный интеллект. Дэвид Векслер, чей тест наиболее часто используется для диагностики интеллекта у детей, определил интеллект как «общую способность индивида понимать и справляться с окружающим его миром» (Wechsler, 1974, с. 5). Это определение согласуется с теориями, на которых основываются тесты интеллекта. Хотя споры по поводу определения интеллекта все еще продолжаются, тесты интеллекта в первую очередь используются для поиска ответов на практические вопросы, такие как выявление детей, которые не могут справиться с обычной школьной программой.

Существует множество различных тестов оценки интеллекта у детей, и каждый из них имеет свои слабые и сильные стороны. Наиболее популярный на сегодняшний день тест оценки интеллекта у детей — это тест WISC-III (Шкала Интеллекта Векслера для детей) (Wechsler, 1991), последняя версия теста, который впервые был представлен более 50 лет назад. WISC-III состоит из десяти обязательных и трех дополнительных субтестов, предназначенных для детей от 6 до 16 лет. Согласно Векслеру, эти субтесты предназначены для диагностики общих способностей ребенка различными способами, но они не представляют различные типы интеллекта. Другие тесты предназначены для оценки интеллекта детей младшего возраста — это WPPSI-R (Дошкольный Тест Векслера и Первичная Шкала Интеллекта (Wechsler, 1989), Binet-4 (Thorndike, Hagen & Sattler, 1986), K-ABC (Комплекс Оценок Кауфмана для детей) (A. S. Kaufman & N. I. Kaufman, 1983).

Во врезке 4.3 приводятся варианты вопросов и заданий по каждому субтесту WISC-III. Тест WISC-III проводится индивидуально с каждым ребенком, который хорошо подготовлен исследователем, и проходит ряд специфических процедур. Тест WISC-III оценивает вербальный коэффициент интеллекта (Verbal IQ score), практический коэффициент интеллекта (Performance IQ score) и комбинированный полный коэффициент интеллекта (Full scale IQ score).

По шкале WISC-III вербальный коэффициент интеллекта Фелиции был равен 107, практический —

Иногда наблюдение за ребенком во время его общения с родителями бывает чрезвычайно поучительным. Не столь давно мать Сэмми, 4-летнего мальчика с тяжелыми проблемами поведения, обратилась в одну из наших клиник за помощью. Во время интервью она сообщила, что ее сына «невозможно одеть» и «он совершенно меня не слушается». Один из членов семьи сказал ей, что Сэмми кажется «гиперактивным», и поскольку она настаивала на этом диагнозе, то семейный врач посоветовал провести психологическое обследование.

Однако воспитательница нарисовала совершенно иную картину. Она рассказала о неразвитых навыках следования указаниям и слабой концентрации на задаче, но отмечала, что если мальчику что-то нравилось, то он вел себя так же, как и другие дети. Мальчик казался спокойным во время визита в клинику, поэтому мы решили прояснить ситуацию, нанеся визит к нему домой и в школу.

Когда мы пришли к нему домой, проблема сразу же обнаружилась. Дом был наводнен игрушками и играми, мать разрешала сыну разбрасывать их по всей комнате. Попытки как-то структурировать его игры и другую деятельность сразу привели к конфронтации, он просто отвернулся, схватил игрушки, мать расстроилась и начала бегать за ним, крича и пытаясь заставить положить игрушки обратно. «Смотрите, — сказала она, оборачиваясь к наблюдателю, — он не делает то, о чем я его попросила». Мальчик вцепился в свои игрушки, включил телевизор и уселся перед экраном. Во время нашего визита в школу наблюдались аналогичные попытки со стороны Сэмми избежать указаний учительницы, хотя ей иногда удавалось ввести его в русло нужной деятельности, используя похвалу и другие способы поощрения.

Очевидно, что в описании поведения сына, данным его матерью, отсутствовало несколько деталей, без которых невозможен точный диагноз. В ее описании также не упоминалось, что она очень расстраивалась, когда Сэмми «не слушался», и что домашнее окружение было слишком хаотичным и неструктурированным для ребенка его возраста. Без наблюдения ребенка в домашних условиях наша оценка проблемы и рекомендации могли бы быть совершенно иными, например, если бы мы приписали его непослушание в первую очередь гиперактивности, к чему нас первоначально подводила его мать. Мы разработали стратегии обучения матери: как структурировать домашнее окружение в дружественной ребенку манере, как играть с сыном, как поддержать взаимодействие, начиная с простых просьб и используя позитивные вознаграждения, такие как похвала, внимание и любимые занятия.



Наблюдение за поведением помогает напрямую получить точную картину поведения ребенка в определенных обстоятельствах. Здесь вы видите реакцию Сэмми на просьбу «подобрать игрушки». Мы заметили, что домашнее окружение и ограниченные педагогические стратегии матери были основными факторами аномального поведения мальчика.

105, а полный коэффициент — 106. Это означает, что ее интеллект оценивается в рамках среднего. WISC-III хорошо стандартизован и обладает высокой надежностью и валидностью. Сохраняя верность традициям, коэффициенты интеллекта по WISC-III являются хорошими предикторами академической успеваемости. В качестве инструмента клинических исследований WISC-III может применяться для диагностики умственной отсталости (в комбинации с измерением адаптивной способности детей), и благодаря разделению вербальных и практических функций может быть использован для обследования слепых, глухих и физически неполноценных детей.

Используя WISC-III и другие тесты интеллекта в процессе принятия решений при клиническом исследовании, следует ответить на ряд важных вопросов:

- Какова взаимосвязь коэффициентов различных тестов? Какие паттерны определяются? Почему ребенок получил именно такой коэффициент?
- Какие обстоятельства тестовой ситуации могли повлиять на результаты теста, — например, тревога, личностные факторы, мотивация, медикаментозное лечение?
- Каковы результаты по сравнению с другими детьми того же возраста, пола, уровня, класса, этнической группы?
- Каковы результаты теста в сравнении с результатами аналогичных тестов, проведенных ранее?
- И, наконец, самое важное: как результаты теста будут использованы при планировании терапии и обучения?

Проективное тестирование. При проведении **проективных тестов** детям предъявляется ряд неопределенных стимулов: чернильные пятна или изображения людей. Ребенок должен рассказать, что он видит. Предполагается, что ребенок при этом «проецирует» свою личность — бессознательные страхи, потребности и внутренние конфликты — на неопределенные стимулы, изображения людей или предметов. Таким образом, ребенок раскрывает свои неосознанные мысли и чувства, давая информацию, которая не выявляется при прямом опросе (Chandler, 1990). Для детей младшего возраста были разработаны специализированные варианты проективных тестов, включающие дружественные по отношению к детям стимулы с изображением семейных сцен или животных (E. E. Levitt & French, 1992).

За последние 50 лет проективное тестирование породило больше споров, чем какой-либо другой метод клинического обследования. Большинство специалистов имеют твердые взгляды на проективные тесты: либо — за, либо — против. Вы также можете иметь свое мнение по поводу пятен Роршаха и подобных методов. Некоторые специалисты считают, что проективные тесты являются богатым источником информации о типах приспособляемости детей, аффекте, образе Я, межличностном функционировании и способе обработки информации (Verma, 2000). Другие считают проективные тесты чрезвычайно неадекватными в смысле даже минимального соответствия стандартам надежности и валидности, вплоть до разрушения доверия к психологическому тестированию со стороны широких масс и специалистов (Anastasi & Urbina, 1997; Gittelman-Klein, 1986).

Несмотря на споры по поводу их применения, проективные тесты продолжают оставаться наиболее часто используемыми методами клинического обследования (Levitt & French, 1992; Mooney & Harrison, 1987; Watkins, Campbell, Nieberding & Hallmark, 1995). Примерами проективных техник для работы с детьми и подростками являются: тест «пятна Роршаха», тесты с тематическими изображениями, например, RATS (Тест Апперцепции Робертса для детей) (McArthur & Roberts, 1982), рисование человеческих фигур.

Можно также попытаться оценить внутренний мир ребенка через игру, игрушки, сказки (Chethik, 1989), рисунки человеческих фигур и другой материал. Хотя формально эти методы не относятся к проективным тестам, но многие специалисты считают, что роль игры и рисования фигурок во многом близка проективным методам — это окно в бессознательные процессы ребенка.

Надежность и валидность игр и рисования фигур в качестве формальных процедур обследования остаются под вопросом, особенно при их интерпретации на основе специфического содержания. Однако при самых разных теоретических взглядах игры и рисование фигур широко используются как способ помочь детям расслабиться в процессе диагностики, облегчить им пути передачи информации, помочь рассказать о событиях, информацию о которых им трудно передать вербально (Malchiodi, 1998). На-

пример, левый рисунок на рис. 4.3 был сделан 4-летней девочкой, испытавшей сексуальное насилие. Ее попросили изобразить, как она себя чувствовала, когда это случилось (Pearce & Pezzot-Pearce, 1997). Этот рисунок позволил ребенку и терапевту узнать о ее чувствах и адресоваться к ним в процессе терапии (для сравнения: два других рисунка на рис. 4.3 были сделаны обычными детьми, которых попросили нарисовать человеческую фигуру).

Тестирование личности. Личность обычно представляют как совокупность черт или паттерн черт, которые характеризуют индивида и определяют его способы взаимодействия с окружающим миром (B. W. Roberts & DelVecchio, 2000). Например, дети, которые избегают социальных контактов, могут быть охарактеризованы своими родителями как застенчивые; социально-ориентированные дети — как общительные. В какой-то мере ранний темперамент ребенка обеспечивает фундамент построения личности, что обсуждалось в главе 2 «Теории и причины детской патопсихологии».

Было определено несколько критериев, которые характеризуют суть личности, включая следующие свойства ребенка или подростка: робкий или храбрый, приветливый или неприветливый, зависимый или независимый, напряженный или расслабленный, размышляющий или легкомысленный (L. R. Goldberg, 1992). Эти центральные измерения личности перечислены в «Большой пятерке» («Big 5») факторов.

Многие из рассмотренных выше методов — интервью, проективные техники, обследование поведения — позволяют получить информацию о личности ребенка. Однако есть ряд объективных методов, которые позволяют оценивать личность и используются в качестве информаторов либо детей, либо родителей. Два наиболее часто используемых при работе с детьми метода — это ММПИ-А (Миннесотский Многофазный Личностный Опросник — Подростки) (Butcher et al., 1992) и PIC-2 (Личностный опросник для детей, второе издание) (Lachar, 1999). Примеры того, что может входить в личностные тесты, приведены в табл. 4.4.

Нейропсихологическое тестирование. В клиническом аспекте нейропсихологическое обследование пытается связать функционирование мозга с объективными критериями поведения, которые, как известно, зависят от состояния центральной нервной системы. Например, попробуйте закрыть глаза и дотронуться до кончика носа безымянным пальцем правой руки, а затем — левой. Как вы думаете, справились бы вы с этим заданием, если бы страдали бессонницей? Выполнение даже такого простого задания зависит от ряда психологических функций и целостности центральной нервной системы. Детям с некоторыми типами мозговых нарушений и дисфункций выполнить подобную задачу будет довольно трудно.

Предпосылки, лежащие в основе нейропсихологического обследования, заключаются в том, что для построения предположений о дисфункциях центральной нервной системы и, что еще более важно, о

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 4.3.

Примеры заданий, входящих в WISC-III

Информация (30 вопросов)

- Сколько у тебя ног?
- Что нужно сделать, чтобы заморозить воду?
- Кто открыл Северный полюс?
- Назови столицу Франции.

Аналогии (19 вопросов)

- Что общего между карандашом и мелком?
- Что общего между чаем и кофе?
- Что общего между дюймом и милей?
- Что общего между биноклем и микроскопом?

Арифметика (24 вопроса)

- У меня есть одна конфета, мне дали еще одну, сколько у меня конфет?
- Один кусок мыла стоит 12 центов, сколько стоят 4 куса мыла?
- Костюм продается за полцены, сколько надо будет заплатить за 120-долларовый костюм?

Словарь (30 слов)

- Мяч лето стихотворение шумный

Понимание (18 вопросов)

- Почему мы носим ботинки?
- Что нужно делать, если кто-то уронил свертки?
- Чем лампа лучше свечи? Назовите два свойства.

Перечисление прямое и обратное (15 заданий; 8 – прямое перечисление; 7 – обратное)

- Задание заключается в том, чтобы повторить цифры, предьявленные инструктором, в прямом порядке (от 2 до 10 цифр; например: 1–8) и в обратном порядке (от 2 до 8 цифр; например: 3–9–1).

Закончить картинку (30 заданий)

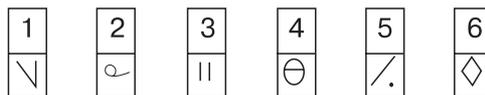
- Определить отсутствующую деталь на картинке, например: (а) машина без колеса, (б) собака без ноги, (в) телефон без циферблата (см. ниже).



С разрешения Психологической Корпорации.

Кодирование (59 заданий (А) и 119 заданий (В))

Скопировать символы по ключу (см. ниже).



2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3

С разрешения Психологической Корпорации.

Расположить картинки (14 заданий).

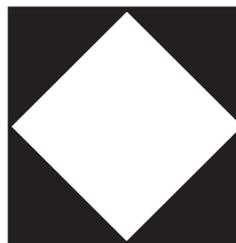
Расположить картинки в последовательность по смыслу (см. ниже).



С разрешения Психологической Корпорации.

Блочное конструирование (12 заданий).

Воспроизвести стимул, используя от 4 до 9 блоков (см. ниже).



С разрешения Психологической Корпорации.

Собрать объект (5 заданий).

Собрать осмысленную картинку из кусочков (см. ниже).



С разрешения Психологической Корпорации.



«Должно быть, вы родители Мэри. Я узнала вас по ее рисункам».

последствиях этих дисфункций для ребенка, можно использовать измерения поведения. Информация, полученная в ходе нейропсихологического обследования, используется для постановки диагноза, планирования терапии, документирования хода выздоровления, измерения едва различимых, но важных улучшений, и наблюдения детей с неврологическими поражениями или расстройствами обучения (Farmer & Muhlenbruck, 2000).

Изначально нейропсихологическое обследование использовалось для идентификации базовых мозговых поражений или процессов, но теперь это не является его основной целью. Использование этих процедур в общепринятой практике (глава 3 «Исследование») вместе с разнородными или несовместимыми нейропсихологическими результатами привело к смещению фокуса от постановки диагноза к получению информации о дефиците функционирования, что позволяет обеспечить эффективное лечение и

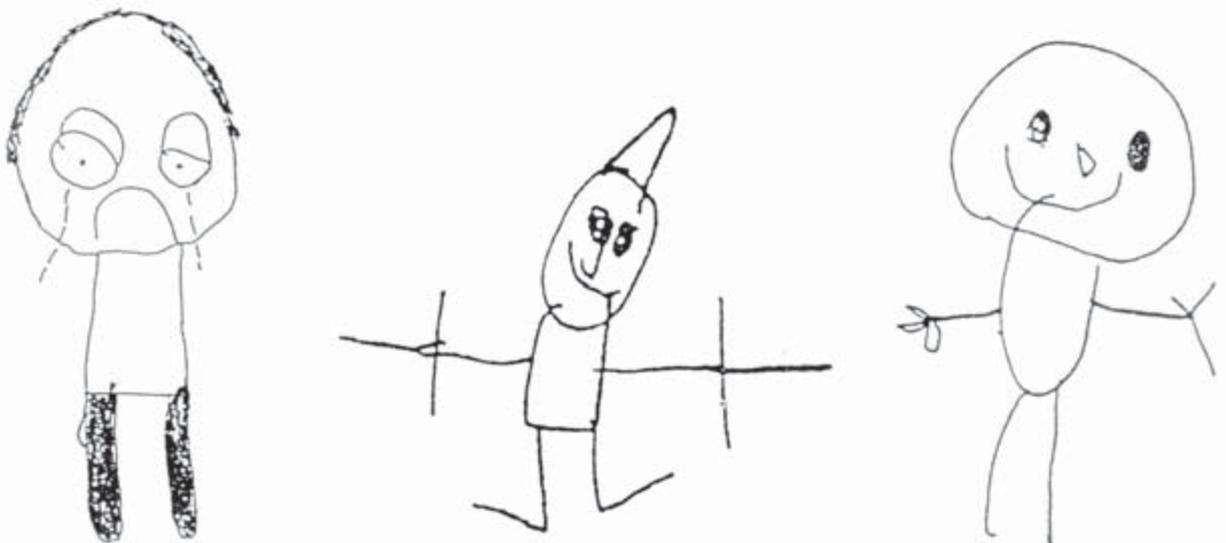


Рис. 4.3. Примеры рисунков человеческих фигур. (Слева: Pearce & Pezzot-Pearce, 1997; в середине и справа: Selfe, 1983).

реабилитацию детей с неврологическими расстройствами и проблемами обучения (Hoon & Melhem, 2000). Нейропсихологическое обследование проводится в случае следующих типов детских неврологических расстройств: травматические повреждения мозга (т. е. травмы головного мозга вследствие падения); пороки развития мозга (расщепленный позвоночник (spina bifida), гидроцефалия); генетические, метаболические или дегенеративные расстройства; новообразования; инфекционные поражения; инсульты; эпилепсия (J. M. Fletcher & Taylor, 1997).

Нейропсихологическое обследование состоит из ряда усовершенствованных комплексов, оценивающих полный ранг психологических функций. Среди них — вербальные и невербальные *когнитивные функции*, такие как речь, абстрактное мышление и решение проблем. *Перцептивные функции*, включая визуальные, аудиальные и тактильно-кинестетические. *Двигательные функции*, связанные с силой, скоростью выполнения, координацией и ловкостью, а также функции эмоционального контроля и контроля над исполнением, такие как внимание, концентрация, толерантность к фрустрации и эмоциональные проявления.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Клиническое обследование связано с применением разнообразных методов диагностики, которая придает особое значение получению информации от различных информаторов, с использованием различных методов и процедур.
- Клиническое интервью продолжает оставаться самой распространенной процедурой обследования с участием родителей и детей.
- При проведении неструктурированных интервью специалисты используют свой излюбленный

стиль и формат, чтобы задавать различные вопросы в неформальной и гибкой манере. Полуструктурированные интервью включают в себя конкретные вопросы, разработанные для сбора информации в относительно последовательной манере, независимо от того, кто проводит собеседование.

- Обследование поведения выявляет детские мысли, чувства и поведение в определенных условиях, и использует эту информацию для формулирования гипотез о сути проблемы и о том, что можно сделать в данном случае.
- Сообщения, касающиеся детского поведения и адаптации, можно получить с помощью общих листов контрольных вопросов и рейтинговых шкал, ориентированных на проблему. Индивидуальные показатели ребенка можно сравнить с показателями детей аналогичного возраста и того же пола из известной референтной группы.
- Тесты представляют собой задания, предлагаемые при стандартных условиях с целью диагностики определенного аспекта знаний, навыков или личности ребенка.
- Тестирование интеллекта и способности к обучению ребенка является ключевым компонентом клинического обследования для широкого ряда детских расстройств.
- Объективные личностные тесты оценивают такие характерные особенности ребенка, как: является он боязливым или смелым, послушным или непослушным, зависимым или независимым, напряженным или расслабленным, рефлексивным или нерелексивным.
- Нейропсихологическое обследование пытается связать работу мозга с объективными наблюдениями поведения, о которых известно, что они зависят от функционирования центральной нервной системы.

Таблица 4.4

Самоотчет по шкале определения личности

МОДЕЛЬ	ОПРЕДЕЛЕНИЕ
Тревога	Чувство нервозности, беспокойства, страха; подавленность
Отношение к школе	Чувство отчуждения, враждебности, неудовлетворенности в отношении школы
Отношение к учителям	Чувство возмущения и неприязнь к учителям; убежденность в том, что учителя несправедливы, невнимательны, слишком много требуют
Отклонение от нормы	Тенденция к сильным скачкам настроения, чудным мыслям, субъективному опыту или обсессивно-компульсивное поведение и мысли
Депрессия	Чувство печали, грусть, подавленное настроение; убежденность в том, что все плохо
Межличностные отношения	Хорошие социальные взаимоотношения и дружба со сверстниками
Локус контроля	Убеждение в том, что вознаграждения и наказания контролируются внешними событиями или другими людьми
Отношения с родителями	Положительное отношение к родителям и ощущение того, что они тебя ценят
Самооценка	Чувство самооценки, самоуважение, самопризнание

КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОЗ

За прошедшие два десятилетия произошли серьезные изменения в классификации детских расстройств (Adelman, 1995). Под **классификацией** мы подразумеваем систему для представления крупных категорий или измерений детской психопатологии, а также границ и взаимосвязей между ними. Можно припомнить, что одно из определений диагноза относится к причислению случаев к категориям классификационной системы.

Мы начинаем разбор этой важной темы с рассмотрения некоторых основ классификации и диагноза у детей и подростков, а также остановимся на некоторых деталях, уже разработанных стратегий. Поскольку диагностику нельзя оставить без критики, мы также коснемся последствий наклеивания ярлыков на детей.

До сих пор мы обсуждали проблемы Фелиции на индивидуальной основе. Мы рассматривали ее депрессию, нежелание учиться и недостаточные социальные навыки, а также обследовали ее психическое состояние, общий интеллект и поведение. Эта информация дала возможность увидеть нам уникальность Фелиции и ее отличие от детей ее возраста. Вы можете спросить: разве этого недостаточно? Почему нам нужно классифицировать поведение Фелиции, прикрепляя к ней некий диагностический ярлык, например, «большое депрессивное расстройство»? Разве мы не можем просто найти способ помочь ей справиться с проблемами на основании того, что мы узнали о ее уникальных характеристиках?

Ограниченность этого подхода состоит в том, что если бы мы обращались с каждым ребенком, как с полностью уникальной личностью, исследование причин и лечение детских нарушений было бы невозможно проводить, и мы имели бы слабую ориентацию, как приступить к лечению в каждом отдельном случае (Waldman & Lilienfeld, 1995). По этой причине нам следует также рассмотреть, что общего имеет Фелиция с теми, кто обнаруживает сходные проблемы или симптомы, и существуют ли общие принципы, применимые ко многим детям. По существу, мы занимаемся этим на протяжении всей этой книги, когда говорим о главных симптомах детских и подростковых заболеваний, их распространении и течении, их прогнозировании и лечении. Если бы мы не располагали такой информацией для сравнения, нам было бы трудно принять оптимальное решение относительно проблем Фелиции и характера терапевтических действий.

Как мы помним из нашего прежнего обсуждения, клиническое обследование и диагноз включают в себя две взаимосвязанные стратегии для определения наилучшего плана для данного индивида. Мы пользуемся идеографической стратегией, когда хотим осветить уникальные обстоятельства, личность ребенка, культурный фон, а также схожие характерные особенности, которые относятся главным образом к конкретной ситуации. Бесспорно, каждый ре-

бенок, который проходит обследование, имеет свои уникальные особенности, равно как и притязания, что делает его проблему несколько иной, чем описание случая из учебника.

Вдобавок, мы используем номотетическую стратегию для того, чтобы извлечь пользу из всей информации, собранной по данной проблеме или заболеванию, и попытаться определить основной класс или группу проблем, к которым принадлежит данная проблема. То есть мы пытаемся назвать или классифицировать проблему, используя уже существующую систему диагностики, такую как DSM-IV-TR (APA, 2000). Классифицирование проблемы позволит нам рассмотреть имеющийся объем знаний, на основании которого мы можем приблизиться к пониманию ребенка и семьи, и выбрать способ вмешательства, желателен тот, который уже продемонстрировал свою эффективность для детей с аналогичными трудностями.

Хотя большинство из нас признают преимущества системы классификации для медицинских и психологических проблем, разработка достаточно простой и не громоздкой классификационной системы для практической пользы — задача непростая. Действительно, несмотря на годы усилий, не существует ни одной надежной и состоятельной классификационной системы детских нарушений, относительно которой специалисты пришли бы к всеобщему согласию. Хотя DSM-IV-TR стала стандартом в Северной Америке (Mash & Terdal, 1997a), многие продолжают высказывать озабоченность, что нынешние классификационные системы неадекватны относительно детских нарушений и невосприимчивы к сложностям развития, которые характеризуют эти нарушения (Scotti et al., 1996).

Категории и измерения

Первый подход к диагностике и классификации детской психопатологии включает в себя использование категориальных классификационных систем. Системы **категориальной классификации** основаны прежде всего на информированном профессиональном консенсусе, подходе, который доминировал и продолжает доминировать в области детской (и взрослой) психопатологии (APA, 2000). Классический (или чистый) категориальный подход предполагает, что каждый диагноз имеет ясную, лежащую в основе причину, например, инфекцию или дисфункцию нервной системы, и что такое нарушение функционально отличается от любого другого заболевания. Следовательно, случаи можно подразделить на различные категории. Например, мы можем сказать, что Фелиция отвечает критериям большого депрессивного расстройства, а не критериям нарушений, связанных с беспокойством по поводу изолированности. Недостаток этого подхода заключается в том, что поведение детей редко точно вписывается в установленные категории, поэтому здесь есть определенная путаница. Кроме того, категории поведения, в противоположность некоторым заболеваниям, обычно не имеют основополагающих при-

чин; поэтому для того, чтобы приспособиться к текущей ситуации, область психического здоровья была вынуждена видоизменить классический категориальный подход.

Второй подход к описанию аномального детского поведения включает в себя основанную на опыте **классификацию по параметрам**. Подход классификации по параметрам предполагает, что существует ряд независимых измерений или характерных черт поведения и что дети владеют ими в различной степени. Например, вместо того чтобы утверждать, что симптомы Фелиции соответствуют категории большого депрессивного расстройства, мы могли бы сказать, что, по показателям депрессии, она находится на уровне значительно выше среднего (который часто рассматривается как существующий в пределах клинического диапазона), и что ее уровень несколько выше среднего по показателям тревожности. Эти и другие характерные особенности и измерения, как правило, получают с помощью статистических методов на основании выборки детей, от здоровых до клинически больных, чтобы установить диапазон каждого измерения (Achenbach, 1998).

Несмотря на то, что эмпирически выведенные схемы более объективны и потенциально надежнее, чем полученные клиническим путем классификационные системы, они также имеют ограничения. Прежде всего полученные измерения зависят от выборки, метода и характеристик информаторов, а также от возраста и пола ребенка (Mash & Terdal, 1997a). В итоге бывает очень непросто интегрировать информацию, добытую с помощью различных методов и различных людей в течение некоторого времени или от случая к

случаю. К тому же измерительные подходы невосприимчивы к контекстуальному влиянию. Так, если бы вы были родителем и вас попросили описать, ведет ли себя ваш ребенок «слишком по-детски», используя шкалу «никогда, иногда, много раз», вы могли бы пожелать уточнить обстоятельства или контекст, в которых он иногда поступает слишком по-детски («всякий раз, когда я беру его в гастроном» или «когда он играет с другими детьми»). Такие параметры предоставляют полезную оценку в той степени, в которой ребенок проявляет именно эти черты, а не какие-то другие, хотя зачастую такие оценки должны привязываться к уникальным обстоятельствам жизни ребенка и возможностям его развития.

С помощью исследований был определен ряд общих, а также более специфических параметров детской психопатологии. Они включают в себя экстернализированные и интернализированные параметры и субпараметры, или синдромы, о которых мы говорили ранее при обсуждении рейтинговых шкал поведения. Некоторые из наиболее распространенных синдромов у детей и подростков представлены в табл. 4.5 наряду с отобранными примерами проблемных форм поведения.

На основании дальнейших исследований (Meehl, 1999) было принято решение разграничить категорию и континуум. Хотя спор о том, какой подход является «наилучшим», не разрешен до сих пор, было достигнуто соглашение, которое признает, что каждый подход имеет свою ценность для классифицирования детских заболеваний. Некоторые расстройства, например аутизм, лучше всего концептуализировать в виде качественно отличающихся со-

Таблица 4.5
Обычно идентифицируемые аспекты детской психопатологии и примеры поведения, отражающие каждый из этих аспектов

Отстраненность	Социальные проблемы	Тревожен/в депрессии
Предпочитает оставаться один	Поступает слишком по-детски	Несчастлив, печален, подавлен
Отказывается разговаривать	Чрезмерно зависим	Беспокоен
Скрытен	Не ладит со сверстниками	Чувствует себя никчемным
Застенчив, робок	Страдает от насмешек	Нервозен, напряжен
Соматические жалобы	Проблемы мышления	Агрессивное поведение
Ощущает головокружение	Слышит что-то нереальное	Спорит
Переутомлен	Видит что-то нереальное	Придирчив к окружающим
Боли (тупые, острые)	Странное поведение	Нападает на людей
Головные боли	Странные идеи	Ломает чужие вещи
Проблемы внимания	Делинквентное поведение	
Невнимателен	Отсутствует чувство вины	
Не способен сосредоточиться	Плохая компания	
Не может сидеть спокойно	Лжет	
Пребывает в состоянии замешательства	Убегает из дома	

стояний (категорий), в то время как другие, например, депрессию или тревожность, лучше всего можно описать как крайние точки на одной или более непрерывных линиях измерений.

Кроме того, в зависимости от целей клинической диагностики или исследований один подход может быть более полезен, чем другой (Kazdin & Kagan, 1994). Например, измерительный подход (по параметрам) для концептуализации психологических факторов, таких как поведение, аффект и когнитивные способности детей, совместим с методами исследований, которые определяют степень связи между двумя или более переменными, и поэтому им часто отдают предпочтение те, кто проводит психологические исследования. С другой стороны, категориальный подход зачастую более подходит для клинических исследований, где после анализа схемы детского поведения целью является поставить точный диагноз и разработать план лечения. Вдобавок, категориальный подход часто требуется при рассмотрении вопроса о необходимости медицинского обслуживания ребенка.

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам

Во врезке «Крупным планом» 4.4 приводится краткий обзор эволюции существующих ныне систем, который дает представление о том, как далеко мы продвинулись в распознавании психических расстройств у детей и подростков. Терминология и фокус предшествующих систем отражали главные теоретические взгляды на психические заболевания, в то время как сдвиг к более объективному, информированному подходу произошел в 80-е гг.

DSM-IV-TR. DSM-IV-TR (TR означает «переработка текста») (APA, 2000) включает в себя те же диагностические критерии, что и DSM-IV (APA, 1994), а также корректирует текстовую информацию и формулировки, чтобы отразить новую информацию и открытия, появившиеся уже после 1994 г., когда впервые была введена система DSM-IV. DSM-IV-TR является многоосевой системой, которая состоит из пяти осей. **Многоосевая система** — это классификационная система, которая включает несколько областей (осей) знаний о предмете, и может помочь практикующему врачу при планировании лечения заболевания. Другими словами, оси служат для добавления контекста и подробностей к описанию конкретных обстоятельств индивидуума, организуя и сообщая клиническую информацию, охватывая сложность клинических ситуаций и описывая неоднородность индивидов с одним и тем же диагнозом. Эти пять осей следующие (APA, 2000):

Ось I. Клинические расстройства

Другие состояния, которые могут быть в фокусе клинического внимания

Ось II. Личностные нарушения

Умственная отсталость

Ось III. Общее физическое состояние

Ось IV. Психосоциальные проблемы и проблемы окружающей среды

Ось V. Общая оценка функционирования

Ось I позволяет диагностировать различные клинические расстройства или состояния, за исключением умственного отставания и расстройств личности (которые приписываются оси II, поскольку полагается, что они стабильны). Диагностические категории оси I, применимые к младенцам, детям и подросткам, показаны в табл. 4.6. Подробно они будут обсуждаться в последующих главах. В отношении нарушений, перечисленных в табл. 4.6, традиционно считалось, что они первоначально возникают в детстве или же свойственны исключительно детскому периоду, поэтому они требуют операционных критериев, которые отличаются от тех, что используются для определения нарушений у взрослых.

Во втором разделе табл. 4.6 приводятся несколько расстройств, не перечисленных отдельно для детей в DSM-IV-TR. Согласно существующим ныне установкам DSM-IV-TR, диагностические критерии для расстройств настроения, тревожности, приема пищи и сна могут применяться к детям так же, как и к взрослым, с незначительными модификациями. Ребенку могут поставить более одного диагноза по оси II, причем главный диагноз приводится вначале (например, дефицит внимания/гиперактивность, нарушение навыков чтения). Не нужно пытаться запомнить все эти термины прямо сейчас, просто прочувствуйте их специфику.

Ось II предназначена для регистрации личностных нарушений и умственной отсталости. Цель использования отдельной оси для этих двух типов нарушений — привлечь к ним внимание, особенно когда имеется более явное или острое расстройство на оси I. Ось II часто применяется для диагностики детей с умственной отсталостью. Однако личностные нарушения редко диагностируются до позднего подросткового периода (к этому времени становится очевидным, что схема поведения человека или его внутренние переживания являются устойчиво проблематичными).

Ось III используется для оценки общего физического состояния, которая может иметь отношение к пониманию психического расстройства индивида. Поскольку DSM-IV-TR предполагает, что психические расстройства тесно связаны с физическими и биологическими факторами, цель оценки разграничения общего физического состояния в том, чтобы повысить точность диагностики и способствовать обмену опытом между специалистами.

Общее физическое состояние может быть соотносено с психическими нарушениями множеством способов. В некоторых случаях физическое состояние может стать прямой причиной появления поведенческих или психологических проблем, пример тому — нарушение цикла сна из-за депрессии. Однако чаще у детей бывает так, что расстройство на оси I, — например тревожность, — является физиологической реакцией на физическое состояние, например, при диагнозе детского рака или диабета. Важно документировать совместное появление проблем рака и тревожности — в частности, для того

Этьен Эскивироль был, вероятно, первым, кто классифицировал психические заболевания у детей. В 1838 г. он расклассифицировал психические расстройства по возрастным группам, используя довольно грубую систему, — детство называлось периодом «имбецильности», а юность — «мании и мономании» (Rie, 1971). Американская перепись населения 1840 г. была первой систематической попыткой собрать данные по психическим заболеваниям. Она зарегистрировала частоту единственной категории под названием «идиотизм / умопомешательство», поскольку в то время больше ничего не было известно. К 1880 г. количество категорий психических заболеваний возросло до семи: слабоумие, алкоголизм, мания, меланхолия, мономания и парез (APA, 1994), термины, которые в наши дни практически вышли из употребления.

Однако психические заболевания включались в тот же справочник наряду с другими серьезными заболеваниями вплоть до 1948 г., когда в шестом издании международной классификации заболеваний Всемирной организации здравоохранения (ICD) впервые был добавлен раздел психических заболеваний (APA, 1994; Clementz & Iacono, 1993). Так начался медленный процесс официального признания распространенности и значимости психических нарушений.

Поскольку эта ранняя попытка системы ICD классифицировать психические нарушения воспринималась неадекватно, Американская психиатрическая ассоциация в 1952 г. разработала свое собственное Диагностическое и статистическое руководство (DSM-I) (APA, 1952), а в 1968 г. переработала его (DSM-II) (APA, 1968). Эти первые попытки APA не имели большого успеха, но они положили начало длительному этапу работы в целях улучшения классификации психических нарушений, который продолжается до сих пор. К сожалению, о детях и подростках в ранних версиях DSM практически ничего не говорилось, большинство детских нарушений приписывались взрослым категориям, за исключением умственного отставания и детской шизофрении (Cass & Thomas, 1979).

Как официальная классификационная система, DSM-III (APA, 1980) значительно продвинулась по сравнению с прежними изданиями. Клинические описания были заменены точными критериями, что, в свою очередь, способствовало повышению диагностической надежности (Achenbach, 1985; APA, 1980). Вдобавок, DSM-III включала больше детских категорий, адаптировала многоосевую систему (см. основной текст) и делала больший акцент на эмпирической информации (Achenbach, 1985). Эти изменения отразили начало концептуального сдвига, как в диагностических системах, так и в этиологических моделях в сторону от изолированного фокуса на заболевание, как существующее только внутри ребенка, к повышенному вниманию к окружающему контексту, в котором возникла проблема.

DSM-III в 1987 г. перерабатывается (DSM-III-R), предпринимается попытка прояснить двусмысленности и избавиться от многочисленных несоответствий, замеченных при использовании классификации. DSM-III-R создавался также как прототип классификационной системы, посредством которой диагноз ребенку можно было поставить в соответствии с выявленными у него симптомами, без необходимости отвечать всем критериям. Это было важной переменной, особенно ввиду неоднородности, связанной с большинством психических нарушений детского и подросткового возраста (Mash & Terdal, 1997). С другой стороны, это означает также, что индивиды с одним и тем же диагнозом могут обнаруживать разные паттерны симптомов (Widiger, 1993).

чтобы получить общее понятие о проблемах человека и разработать соответствующий план лечения.

Ось IV описывает любые психосоциальные проблемы или проблемы окружающей среды, которые могут повлиять на диагностику, лечение и прогнозирование течения заболеваний, приведенных на осях I и II. Такие проблемы включают в себя негативные события в жизни, недостатки или разрушение окружающей среды, семейные или межличностные стрессы, отсутствие социальной поддержки или личных ресурсов (APA, 2000). Как правило, клиницисты отмечают только те проблемы, с которыми их пациенты сталкивались на протяжении последнего года, если только предыдущие события — скажем, автомобильная авария, — не внесли свой вклад в психическое расстройство. Контекстуальные факторы, — такие как жестокое обращение с детьми или безработица родителей — потенциально важны для

понимания поведения и эмоций индивида. Мы напоминаем вам об этом важном соображении на протяжении всей нашей дискуссии о различных заболеваниях детского и подросткового возраста, так как зачастую текущие проблемы ребенка понимаются лучше, если можно увидеть всю картину целиком.

Наконец, ось V используется для оценки общего уровня функционирования индивида, главным образом для планирования лечения и отслеживания результатов. Рейтинговая шкала общей оценки функционирования (GAF), колеблющаяся от 1 до 100, обеспечивает гипотетический континуум психического здоровья и психических заболеваний в отношении психологического, социального и профессионального функционирования. Низкие баллы указывают на серьезное ухудшение социального и личностного функционирования, например, у индивида появляются мысли о суициде или он начинает избегать друзей, —

в то время как более высокие баллы отражают мягкие или преходящие симптомы или отсутствие симптомов.

На основании нашего клинического обследования Фелиции был поставлен следующий диагноз по DSM-IV-TR и дана следующая многоосевая оценка:

Ось I — Большое депрессивное расстройство, единичный эпизод.

Ось II — Диагноз отсутствует.

Ось III — Нет.

Ось IV — Смерть члена семьи; распад семьи после развода; проблемы в школе.

Ось V — GAF = 60 (этот результат указывает на умеренные симптомы и умеренные трудности в социальном и школьном функционировании как наивысший уровень функционирования в прошлом году).

Диагноз большого депрессивного расстройства (MDD), о котором вы узнаете подробнее в главе 8 «Расстройства настроения», был поставлен Фелиции на основании ряда симптомов. Так, у нее было подавленное настроение, она утратила интерес почти ко всем видам деятельности, значительно потеряла в весе, мучилась от бессонницы почти каждый день и ощущала свою полную никчемность, что продолжалось более двух недель и представляло собой изменение ее прежнего функционирования. Хотя смерть бабушки могла способствовать появлению депрессии у Фелиции, похоже, что не это событие явилось главным фактором, который объяснял ее симптомы.

Критика DSM-IV-TR. Хотя DSM-IV-TR во многом усовершенствован по сравнению с предыдущими версиями, в частности, там делается больший акцент

на эмпирические исследования и в нем более точные диагностические наборы критериев, он тоже не безупречен. Поскольку DSM-IV-TR фокусируется на поверхностных симптомах в качестве базиса основных категорий, он был подвергнут критике за неспособность охватить факторы сложной адаптации, взаимодействий и влияния окружающей среды, которые мы идентифицировали как решающие для понимания и лечения психопатологии у детей (Jensen & Hoagwood, 1997; Mash & Terdal, 1997a; Routh, 1990). DSM-IV-TR уделяет также мало внимания нарушениям в младенчестве и детском возрасте по сравнению с заболеваниями взрослого периода и не способен охватить взаимосвязи и частичные наложения, существующие, как известно, среди многих детских нарушений.

Еще одна трудность с диагностическими критериями DSM-IV-TR для детей — это то, что при постановке клинического диагноза сравнительно мало внимания уделяется ситуационным и контекстуальным факторам, которые вносят свой вклад в различные заболевания (Scotti et al., 1996). Это отражение того факта, что DSM-IV-TR рассматривает психические нарушения как индивидуальную психопатологию или риск возникновения психопатологии, а не в аспекте проблем психосоциального приспособления и адаптации. Однако DSM-IV-TR учитывает такие факторы, как культура, возраст и пол, связанные с проявлением каждого расстройства, он также в большей степени, чем другие версии, признает значение семейных проблем. По всей вероятности, в будущих версиях это осознание важности учета контекста детских расстройств будет возрастать.

Заключительные критические замечания связаны скорее не с классификационной системой как тако-

Таблица 4.6

Категории DSM-IV-TR, применимые к детям

I. Нарушения, впервые диагностируемые в младенчестве, детстве или юношестве

Умственная отсталость (слабая, умеренная, сильная, чрезвычайно сильная)

Нарушение способности к обучению (в чтении, математике, письме)

Расстройства коммуникации (экспрессивные, смешанные рецептивно-экспрессивные, фонологические и заикание)

Глубокие расстройства развития (аутистическое расстройство, болезнь Ретта, болезнь Аспергера)

Дефицит внимания и расстройства социального поведения (дефицит внимания/гиперактивность, расстройство поведения, неповиновение)

Расстройства кормления и питания в младенчестве и раннем детстве (нарушенный аппетит, жевание жвачки, расстройство питания в младенчестве или раннем детстве)

Расстройства выделения (энкопрез, энурез)

Другие нарушения в младенчестве или подростковом возрасте (боязнь отделения, селективный мутизм, реактивная привязанность в младенчестве и раннем детстве, стереотипные движения)

II. Избранные категории для расстройств в детстве и подростковом возрасте, которые не перечислены отдельно для детей в DSM-IV-TR

Расстройства настроения (депрессивные расстройства, биполярные расстройства)

Тревожность (специфические фобии, социальная фобия, обсессивно-компульсивный синдром, посттравматическое стрессовое расстройство, острое стрессовое расстройство, генерализованная тревожность, состояние тревожности из-за общего физического состояния)

Расстройства питания (нервная анорексия, нервная булимия)

Расстройства сна (дисфункции сна, бессонница)

Источник: на основе DSM-IV-TR copyright © 2000 by APA.

вой, а с тем, как используется DSM-IV-TR. В некоторых случаях диагнозы DSM-IV-TR могут стать препятствием для получения надлежащего обслуживания, отвечающего потребностям ребенка. Например, чтобы получить право учиться в специальном образовательном классе, может потребоваться, чтобы ребенок удовлетворял специальным диагностическим критериям расстройства способности к обучению. В «типичном» случае такие требования обычно удовлетворяются. Однако у некоторых детей проблемы могут оформиться не в том виде, чтобы отвечать специальным диагностическим критериям, или их проблемы могут относиться более чем к одной категории DSM. Эти дети могут не получить право на медицинское обслуживание, которое оказалось бы для них весьма полезным.

«За» и «против» диагностических ярлыков. Несмотря на все попытки и старания диагностические определения психических нарушений имеют негативные сопутствующие значения, которые имеют место независимо от того, какие термины используются для описания (Hinshaw & Cicchetti, 2000). Слово «кретин», например, первоначально было выбрано в качестве нейтрального термина для описания низкого интеллекта, но быстро стало оскорблением, как только начало использоваться в повседневном языке. О положительных и отрицательных аспектах прикрепления диагностических ярлыков на детей было написано немало.

С положительной стороны, ярлыки помогают клиницистам суммировать и упорядочить наблюдения, и это облегчает общение между профессионалами, иногда помогает родителям понять проблемы их ребенка (Fernald & Gettys, 1978). Кроме того, описательные ярлыки согласуются с естественной тенденцией размышлять на языке категорий. То есть мы склонны говорить о себе самих, наших друзьях и наших детях как счастливых, сердитых, подавленных или боязливых людях, а не пользоваться числами на шкале, которые выражают накал эмоций, даже если бы числа и могли дать более точное объяснение. Наконец, использование описательных терминов или ярлыков помогает клиницистам определить местонахождение подробной исследовательской и клинической информации и облегчает изучение причин, эпидемиологии и лечение конкретных заболеваний (Rains, Kitsuse, Duster & Friedson, 1975).

Негативный полюс — критика по поводу эффективности диагностических ярлыков в достижении любой из вышеупомянутых целей, а также озабоченность по поводу отрицательных эффектов навешивания ярлыков на детей. Получив однажды ярлык, дети могут по-иному восприниматься окружающими, вызывать реакции, отличающие их от остальных («он гиперактивный мальчик — вы никогда не заставите его слушать») (Bromfield, Weisz & Messer, 1986). Использование ярлыков подхватывают даже одноклассники, особенно когда эти ярлыки ассоциируются с явными признаками лечения, например, с приемом медикаментов. Записка, посланная одноклассником мальчику с гиперак-

тивностью, отражает этот факт: «Джек болен, он принял свою пилюлю, будем надеяться, что это заставит его сидеть спокойно». В равной степени тревожит и то, что обнаружение этих ярлыков может повлиять на взгляды детей на самих себя и свое поведение (Guskin, Bartel & MakMillan, 1975). В целом окружающие, реагируя на людей, которые боятся им непохожими на остальных или которым был поставлен диагноз психической болезни, обнаруживают тенденцию неадекватного обобщения (Corrigan, 2000).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Классификация относится к системе, которая создана для отражения различных категорий детской психопатологии и взаимосвязей между ними.
- Диагноз относится к распределению случаев по категориям классификационной системы.
- Детские нарушения классифицируются с использованием категорий и измерений.
- Системы категориальной классификации основаны главным образом на информированном профессиональном консенсусе.
- Подходы классификации по параметрам предполагают, что существует ряд независимых измерений или характерных особенностей поведения, и что дети обладают ими в различной степени.
- DSM-IV-TR — это многоосевая система, состоящая из пяти осей: клинические нарушения, личностные изменения и умственная отсталость, общие физические состояния, психосоциальные проблемы, проблемы окружающей среды и общая оценка функционирования.
- DSM-IV-TR подвергается критике за неспособность охватить сложность детской психопатологии, за то, что уделяется мало внимания нарушениям в младенчестве и детском возрасте по сравнению с нарушениями взрослого периода и за недостаточное внимание к ситуационным и контекстуальным факторам.

ТЕРАПИЯ

Если существует нечто, что мы желаем изменить в ребенке, нужно вначале исследовать и посмотреть, не является ли это тем, что лучше было бы изменить в нас самих.

К. Г. Юнг

За прошедшие два десятилетия методы лечения, которые основаны на расширении исследований и клинических знаний о поведенческом, когнитивном и эмоциональном развитии детей, заметно усложни-

лись и расширили сферы своего применения. В наши дни вмешательство зачастую планируются путем комбинирования наиболее эффективных подходов к определенным проблемам в поступательной, восприимчивой к изменениям манере (Kazdin, 2000). Например, бихевиоральные методы могут быть очень полезными для обучения родителей трудного подростка способам поощрения желательного поведения. Однако в том случае если ребенок немного старше, ему может быть полезны когнитивно-бихевиоральные методы, которые обращаются к тому, что ребенок думает о социальных ситуациях, — например, о том, как приобрести друзей или избежать конфликтов.

Тщательное клиническое обследование и диагноз — это первый критический шаг в помощи Фелиции и другим детям, которые имеют подобные психологические проблемы, а также их семьям. Тем не менее обследование и диагноз — это лишь начало непрерывного процесса оказания помощи. Дальше нам нужно спросить: «Как мы можем помочь Фелиции избавиться от депрессии, чувства безнадежности и бессонницы? Как устранить другие ее соматические жалобы, повысить школьную посещаемость и успехи в учебе, улучшить ее социальные навыки и взаимоотношения с другими детьми и родителями?» Именно теперь начинаются действия по оказанию помощи.

Каким образом мы определяем наилучший вид вмешательства для детей, подобных Фелиции? Мы рассмотрим этот вопрос подробно для каждого обсуждаемого расстройства в последующих главах, поэтому рассмотрение лечения и профилактики в этом разделе будет кратким. Наше обсуждение вмешательства в контексте конкретных нарушений следует из общего убеждения, что наиболее полезные виды лечения основываются на том, что мы знаем о природе, течении, обусловленных характеристиках и причинах конкретного детского расстройства. Однако этого явно недостаточно. Нам также потребуются эмпирическая поддержка для повышения эффективности вмешательства (Hibbs & Jensen, 1996; Kazdin & Weisz, 1998; Lonigan & Elbert, 1998). Специальные действия способствуют решению проблем и тому, как должно проводиться лечение, представляются наиболее эффективными (Weisz & Weiss, 1993). Следовательно, наше освещение стратегий вмешательства от главы к главе будет все более избирательным, с фокусированием главным образом на вмешательствах, продуманных на основании того, что мы знаем о расстройстве и что показали результаты последних исследований.

В этом разделе мы представляем обзор того, что мы подразумеваем под вмешательством, обсуждаем определенные моменты, связанные с вмешательством, например, различные методы лечения, освещаем несколько главных подходов и стратегий, которые используются для оказания помощи детям и их семьям, а также подводим итог информации об общей эффективности вмешательства для детей. Конечной целью является познакомить вас с наиболее важными общими вопросами, связанными с вмешательствами.

Вмешательство

Вмешательство — это широкое понятие, которое охватывает различные теории и методы. Не существует единого подхода к работе с детьми и семьями: комплексные проблемы требуют множества решений. За клиническим обследованием и диагнозом обычно следуют усилия по выбору и проведению в жизнь наиболее перспективного метода вмешательства (Mash, 1998). Поскольку психологические нарушения представляют собой неудачную адаптацию ребенка к социальному окружению, **вмешательство** включает в себя ряд стратегий, направленных на то, чтобы помочь ребенку и его семье более эффективно адаптироваться к их нынешним и будущим обстоятельствам. Эти стратегии являются частью спектра активности, связанной с терапией, поддержанием и профилактическими мерами (Adelman, 1995).

На рис. 4.4 показан спектр вмешательств для детских нарушений. Обратите внимание, что усилия вмешательств охватывают широкий диапазон действий, от профилактических мер до поддержания. **Профилактические меры** направлены на уменьшение шансов нежелательных проявлений в будущем, **терапия** касается корректирующих действий, которые позволяют осуществить успешную адаптацию путем устранения или уменьшения влияния нежелательного результата, который уже произошел, а **поддержание** относится к усилиям по закреплению лечения, чтобы предотвратить рецидив или возвращение проблем.

Вмешательства наилучшим образом изображаются как часть поступательного подхода принятия решений, который мы обсуждали на протяжении этой главы (Mash, 1998; Schroeder & Gordon, 1991). Наше обследование должно помочь нам ответить на ряд вопросов, которые чрезвычайно важны для вмешательства. В случае Фелиции наши ответы на некоторые из следующих вопросов послужат ориентиром в определении, какой из многочисленных вариантов терапии должен быть использован:

- Следует ли Фелиции избавляться от возникших проблем? Если да, то от каких? Депрессии? Нежелания учиться? Недостаточных социальных навыков? Трудностей во взаимоотношениях с членами семьи? Ото всех без исключения?
- Каков будет результат для Фелиции при отсутствии лечения?
- Какие виды лечения Фелиции кажутся наиболее эффективными, действенными и оправдывающими затраты?
- Когда должно начаться лечение Фелиции? Когда лечение должно закончиться?
- Оказывает ли вмешательство благотворное влияние на поведение Фелиции? Являются ли эти перемены значительными для Фелиции и ее семьи?

Получение ответов на подобные вопросы должно привести к принятию эффективных решений по проблемам, которые стоят перед Фелицией, ее семьей

ей и другими детьми с похожими нарушениями, а также к развитию и сохранению долговременной адаптации.

Факторы культуры

Формы вмешательства совершенствуются, и вместе с этим растет понимание того, что следует уделять большее внимание культурной среде, окружающей ребенка и семью. Родительские ценности и методы воспитания детей у различных этнических меньшинств — африканских, азиатских, латинских и коренных американцев — разные, и все больше разновидностей вмешательств, включая родительское воспитание и подготовку, становятся чувствительными к этим культурным вариациям (Forehand & Kotchick, 1996; Neal-Barnett & Smith, 1996).

Следовательно, для терапии детей необходимо не только уделять внимание выявлению симптомов, но и учитывать определенные ценности, нормы и ожидания, которые поддерживаются разными социальными классами и внутри разных культур, а также рассматривать религиозные убеждения и практику каждой семьи и прочие обстоятельства, которые могут сделать для одной семьи лечение успешным, а для другой оказаться безрезультатным (Cohen & Kasen, 1999). В табл. 4.7 указаны культурные ценности, обычная родительская практика и убеждения, присущие четырем этническим меньшинствам. Как мы отмечали выше, обобщенный взгляд на поведение и убеждения может не охватывать разнообразия, существующего внутри этнических групп, поэтому мы должны быть очень осторожны и не стереотипизировать индивидов, принадлежащих к различным культурам.

Задачи терапии

Какие цели обычно преследуются при проведении терапии? Уменьшить число симптомов (проблем)? Вызвать значительные перемены, которые

будут способствовать долговременному нормальному функционированию ребенка? Или и то, и другое вместе? Поскольку симптомы детей зачастую представляют собой выражение их неудачных попыток приспособиться к обстоятельствам, в наше время семье ребенка и его сверстникам уделяют больше внимания, чем ребенку в отдельности (Howard & Kendall, 1996b). Соответственно, задачи терапии часто сосредоточиваются на формировании у детей навыков адаптации к социальной среде, навыков, которые не просто кратковременно устраняют проблемы в поведении, а облегчают долговременную адаптацию. Хотя ослабление симптомов является одной из важнейших задач терапии, другие цели лечения и его результаты также имеют решающее значение для ребенка, семьи и общества в целом (Jensen, Hoagwood & Petti, 1996). Эти задачи терапии и результаты просуммированы ниже (Kazdin, 1997a).

- **Результаты, относящиеся к детскому функционированию.** Ослабление или устранение симптомов, улучшение функционирования, повышение социальной компетентности и академической успеваемости.

- **Результаты, относящиеся к функционированию семьи.** Уменьшение уровня семейной дисфункции, улучшение супружеских отношений и отношений между братьями и сестрами, снижение стресса, улучшение качества жизни, облегчение от бремени забот, поддержка семьи.

- **Результаты общественной важности.** Рост участия ребенка в школьной деятельности (рост посещаемости, снижение числа прогулов, уменьшение числа детей, выбывающих из школы), снижение числа случаев вызовов в детские правоохранительные органы, снижение потребности в специальном обследовании, снижение числа случайных травм или фактов злоупотребления наркотиками, улучшение физического и психического здоровья.



Рис. 4.4. Спектр вмешательства для детских нарушений (адаптировано из Mrazek & Haggerty, 1994).

Взаимосвязанная совокупность физических, поведенческих, социальных и учебных проблем, которая характерна для большинства детских нарушений, требует мультидисциплинарного подхода для решения задач лечения и профилактики. Во многих случаях необходимо применение медикаментозного лечения или медицинского вмешательства, согласованного с психосоциальным вмешательством, — например, то, что мы обсуждаем в связи с синдромом гиперактивности, аутизмом, синдромами тревожности, расстройствами питания, депрессиями и хроническими заболеваниями. Таким образом, комбинированное вмешательство становится все более распространенным (Kazdin, 1996). Вдобавок, психологические вмешательства для детей и подростков часто требуют интеграции с эффективными стратегиями обучения, как показано в последующих главах, посвященных нарушениям способности к обучению и коммуникации, а также умственной отсталости. Наконец, некоторым детям требуется поддержка со стороны общественных и социальных служб, для их защиты и удовлетворения основных нужд. Эти вопросы мы обсудим в главе 14, где говорится о жестоком обращении с детьми и отсутствии заботы о них.

Модели оказания медицинских услуг

Когда мы думаем о психиатре или психотерапевте, большинство из нас представляет себе кого-то, к кому мы можем обратиться, когда у нас обнаруживаются «симптомы» или когда мы боремся с ситуационными проблемами дома или в школе. В рамках *традиционной* модели терапии предполагается, что специалист сам определяет, в каком лечении нуждается ребенок. Однако, как мы видели, в настоящее время используются и другие варианты помощи де-

тям, у которых возникают проблемы; посредники тут могут быть самые разные, например, родители или учителя.

Растущее внимание к перспективным системам, которые занимаются аномальным поведением ребенка, влечет за собой понимание, что необходимо применять различные виды вмешательств и различные модели лечения. Эти модели варьируются от универсальных (первичных) программ профилактических мер, доступных всем, до избирательных вмешательств в дошкольный период и в первые годы обучения в школе, которые нацелены на детей с определенной степенью риска, и до стандартных методов лечения, которые сосредоточены на текущих потребностях детей с известными нарушениями (Adelman, 1995; Offord, Kraemer, Kazdin, Jensen & Harrington, 1998).

Традиционная модель оказания услуг по терапии детей, подростков и их семей ориентируется главным образом на симптомы или проблемы. Хотя этот метод по-прежнему широко применяется и вполне подходит для некоторых видов детских проблем (например, ночного недержания мочи, некоторых страхов, приспособления к новым условиям), в качестве альтернативы традиционной модели лечения в некоторых случаях применяется одна из двух моделей *продолжительного ухода* (Kazdin, 2000).

Первой является модель *хронического ухода*, в которой лечение проводится таким же образом, как это делается для ребенка с хронической болезнью, например, с сахарным диабетом или астмой. Продолжительная терапия проводится для того, чтобы гарантировать, что ребенок постоянно пользуется ее преимуществами. Синдром гиперактивности и рано проявившееся расстройство поведения — это две долговременные и устойчивые проблемы, для преодоления которых модель хронического ухода, возможно, является наилучшей стратегией.



Культурную среду важно учитывать для понимания уникальности ребенка и его ожиданий.

Второй подход к продолжительному уходу — это модель *ухода за зубами*, при которой постоянные проверки осуществляются на регулярной основе вслед за первоначальным лечением, во многом так же, как рекомендуются регулярные проверки зубов через шестимесячные интервалы. Проверки могут проводиться периодически через предписанные интервалы или же, как это диктуется необходимостью, в связи с вопросами, которые появляются в развитии и адаптации. При некоторых проблемах, которые описаны в нашей книге, — таких как жестокое обращение с детьми или отсутствие заботы о них, расстройство питания или настроения — подобные постоянные проверки могут помочь детям.

Этические и юридические соображения

Как мы видим, большинство детей, которым необходимо лечение, живут в неблагоприятных условиях и, бесспорно, нуждаются в специальной защите. Как с этической, так и с юридической точки зрения, психотерапевтам, работающим с детьми, нужно думать не только о воздействии, которое они окажут на обследуемых детей, но также об ответственности, правах и взаимоотношениях детей и родителей (Melton, 1996).

Минимальные этические стандарты, которые применяются на практике, включают в себя:

- а) выбор терапевтических целей и процедур, которые принесут пользу клиенту;
- б) уверенность, что участие клиента является осознанным и добровольным;
- в) ведение записей, которые документируют эффективность терапии для достижения ее целей;
- г) защиту конфиденциальности терапевтических отношений;
- д) гарантию наличия квалификации и компетенции терапевта (MacDonald, 1986; Melton & Ehrenreich, 1992; Weithorn & McCabe, 1988).

Все большее значение придается вовлечению детей, в зависимости от их уровня развития, в качестве активных партнеров в процесс принятия решений о проведении психотерапии и общей терапии (McCabe, 1996).

Этические вопросы, связанные с детьми, сложны тем, что юридический статус детей постоянно меняется. Наблюдается тенденция признания конституционных прав несовершеннолетних, включая права на самоопределение и частную жизнь (Melton, 2000). Однако даже более насущным вопросом является определение того, когда несовершеннолетний *компетентен* принимать свое собственное решение, а не только вопрос о том, имеет ли он вообще юридическое право на это. Серьезной задачей, встающей перед специалистами, которые работают с детьми, является вопрос, когда несовершеннолетний может дать информированное согласие на проведение терапии или отказаться от лечения, а также как сбалансировать право ребенка на конфиденциальность с правами родителей и целостностью семьи.

Вдобавок к этим этическим и юридическим вопросам при оказании медицинских услуг детям и семьям всплывает еще масса других этических соображений. Многие вмешательства, которые применяются в настоящее время к детям со сложными проблемами, как известно, ограничены в своих рамках — например, один час терапии в неделю — и реально нельзя ожидать, что такое лечение даст значительный и длительный эффект в случае серьезного заболевания. Кроме того, многие нынешние вмешательства дороги и не подкреплены научными данными (Kazdin, 2000). Вследствие этого перед врачами время от времени встает более фундаментальный этический вопрос: должны ли они вообще назначать терапию, когда известно, что она вряд ли изменит ситуацию или, хуже того, может иметь вредные последствия.

Клиницистам, работающим с детьми и их родителями, необходимо быть осведомленными о федеральных законах, законах штата и местных законах, которые влияют как на обследование, так и на лечение детей со специальными потребностями. Многие

Таблица 4.7

Культурные ценности, родительские действия и убеждения

	Афро-американцы	Азиато-американцы	Латино-американцы	Коренные американцы
Культурные ценности	Независимость	Самоконтроль	Верность семье	Центральное положение семьи
	Уважение к властям	Социальный этикет	Тесные межличностные связи	Единение
	Послушание	Эмоциональная зрелость	Взаимное уважение	Гармония
	Расовая идентификация	Уважение к старшим	Самоуважение	Скромность
Общие родительские действия и убеждения	Строгая дисциплина Совместное выполнение родительских обязанностей	Родительский контроль Строгая дисциплина Улаживание конфликтов с помощью переговоров Родитель в качестве учителя	Либеральная дисциплина Совместное выполнение родительских обязанностей Свобода	Либеральная дисциплина Совместное выполнение родительских обязанностей Совесь в качестве того, что дисциплинирует

из этих законов применимы к детям с дефектами, с психическими и физическими недостатками, и основаны на признании, что инвалиды такие же люди, как и все остальные. Инвалиды (включая детей) имеют равные права на получение медицинских услуг и образования. Закон, оказавший сильное влияние на оказание услуг детям-инвалидам — это «Акт об образовании для всех детей-инвалидов» (Государственный закон 94-142, 1975) и его поправка «Акт об образовании для физических лиц с инвалидностью» (Государственный закон 105-17, 1997). Ниже приводятся два пункта из этих законов:

- Гарантировать, что все дети с инвалидностью имеют доступное для них бесплатное государственное образование, которое делает акцент на специальном образовании и на связанных с этим услугах, предназначенных для удовлетворения их уникальных потребностей, а также на подготовке их к трудовой деятельности и независимой жизни.
- Гарантировать, что права детей с инвалидностью и права родителей таких детей защищены.

Общие подходы

Я обнаружил, что наилучший способ дать совет вашим детям — это узнать, чего они хотят, а затем посоветовать им сделать это.

Гарри С. Трумэн

Количество и разнообразие методов детской терапии чрезвычайно возросло, дойдя до отметки 550 (Kazdin, 2000). Однако мы не будем (к счастью) пытаться осветить все методы, и в оставшейся части этой главы дадим обзор лишь некоторых главных подходов.

Более 70% практикующих клиницистов, работающих с детьми и семьями, определяют свой подход как **эклeктический** (Kazdin, Siegel & Bass, 1990). Это означает, что они используют различные методы для детей с различными проблемами и обстоятельствами, и рассматривают большинство этих подходов, как ценные и полезные. Теперь обратимся к описанию некоторых общих подходов к терапии, и посмотрим, как их можно применить к Фелиции.

Психодинамическая терапия. Психодинамические подходы рассматривают детскую психопатологию как обусловленную лежащими в их основе подсознательными и сознательными конфликтами (Lesser, 1972). Следовательно, внимание сосредоточивается на том, чтобы помочь ребенку осознать те бессознательные факторы, которые могут вносить вклад в его проблемы (Galatzer-Levy, Bachrach, Skolnikoff & Waldron, 2000). У детей помладше такое осознание может появиться благодаря игровой терапии (Campbell, Baker & Bratton, 2000); у детей постарше — благодаря вербальному взаимодействию с терапевтом. Когда лежащие в основе конфликты всплывают на

поверхность, терапевт помогает ребенку их разрешить и разработать более адаптивные пути защитного поведения.

В случае с Фелицией терапевт помог бы проникнуть вглубь проблемы посредством продолжительного и интенсивного процесса психотерапии. Предполагается, что как только проблема, которая лежит в основе, разрешится, сразу же исчезнут и другие проблемы Фелиции, а именно: внешние симптомы депрессии, социальная отстраненность, нежелание учиться и жалобы на физическое состояние.

Бихевиоральная терапия. Поведенческие подходы предполагают, что многим аномальным формам поведения дети обучаются. Следовательно, центральная задача терапии заключается в переобучении ребенка с использованием процедур, заимствованных из теории обучения или из исследований (Krasner, 1991). Такие процедуры включают положительное подкрепление или перерыв, моделирование или систематическое возвращение к нормальному психическому состоянию (Morris & Kratochwill, 1998). Бихевиоральная терапия часто концентрирует внимание на том, что родители и учителя должны изменить окружающую среду ребенка.

В случае с Фелицией терапевт может попытаться повысить ее школьную посещаемость, предложить родителям не позволять ей оставаться дома, когда она протестует, и вознаграждать за поход в школу похвалой или желательным для нее видом деятельности. Кроме того, терапевт может использовать моделирование и практику, чтобы помочь Фелиции освоить более эффективные социальные навыки и стратегии.

Когнитивная терапия. Когнитивные подходы рассматривают аномальное поведение ребенка как результат пробелов и искажений в мышлении, включая отклонения в восприятии, иррациональные убеждения и ошибочные интерпретации (Kendal, 2000). Например, для привлекательной девушки, которая получает отличные оценки, но полагает, что она безобразна и неуспешна в школе, акцент в терапии делается на изменении этих ошибочных когниций. Когда когниции изменяются, поведение и чувства ребенка также меняются, как этого и следует ожидать.

В случае с Фелицией, возможно, она подсознательно убеждена, что не в состоянии хорошо учиться в школе или думает, что если она придет в школу, то этим навредит своей матери или что дети в школе посчитают ее глупой. Необходимо изменить эти негативные взгляды, а также помочь Фелиции сформировать более рациональные и адаптивные формы мышления — все это должно привести к переменам в ее поведении.

Когнитивно-бихевиоральная терапия. Когнитивно-бихевиоральные подходы рассматривают психологические расстройства частично как следствие неправильной схемы мышления, неудачного опыта обучения и столкновения с окружающей средой. Эти

подходы начинаются с основного исходного предположения, что способ, с помощью которого дети и родители думают о своем окружении, определяет то, как они будут реагировать на него (Meichenbaum, 1977). Сочетая элементы как бихевиоральной, так и когнитивной модели, когнитивно-бихевиоральный подход начал стремительно завоевывать позиции, в то время как терапевты-бихевиористы начали сосредоточивать все большее внимание на важной роли познания при проведении терапии как для ребенка (Kendall, 2000), так и для его семьи (Foster & Robin, 1998; Schwabewel & Fine, 1994).

Ошибочные модели мышления, которые нужно изменить, характеризуются недостаточным количеством когнитивных медиаторов и искажениями как в когнитивном содержании (например, ошибочные убеждения), так и в когнитивном процессе (иррациональное мышление и неправильное решение проблемы). Как вы узнаете, когнитивные искажения и атрибутивные предубеждения были соотнесены у детей с множеством проблем, которые включают депрессию, расстройство поведения и синдромы, связанные с тревожностью.

Главная задача когнитивно-бихевиоральной терапии — идентифицировать неадекватные когниции и попробовать заменить их более адекватными, научить ребенка использовать как когнитивные, так и бихевиоральные стратегии и помочь ему отрегулировать свое поведение. Терапия может также включать в себя обучение окружающих правильному реагированию на неадекватное поведение ребенка. Используя когнитивно-бихевиоральный подход, терапевт может помочь Фелиции научиться думать более позитивно и использовать более эффективные социальные навыки и стратегии.

Клиент-центрированная терапия. Ориентированные на клиента подходы рассматривают детскую психопатологию как следствие социальных условий и условий окружающей среды, которые влияют на личностный рост и адекватное функционирование. Это воздействие может привести к снижению самооценки ребенка и ухудшит его эмоциональное состояние, что, в свою очередь, приведет к увеличению числа проблем. Терапевту следует сопереживать ребенку, не осуждать его и принимать таким, каков он есть. С детьми младшего возраста лучше в таких случаях прибегать к игре, с детьми постарше — к вербальному взаимодействию (Axline, 1947; Ellinwood & Raskin, 1993). Терапевту следует с уважением относиться к способности ребенка самому решать свои проблемы, и отказаться от роли главного советчика, аналитика, наставника или провокатора.

В случае с Фелицией опека родителями, которые считали ее умственно отсталой, могла привести к влиянию на ее адаптивное функционирование и понизить ее самооценку. При лечении терапевт может комментировать то, что говорит и чувствует Фелиция, чтобы помочь ей понять свои чувства и придать большее соответствие между ее чувствами и поведением. В терапии Фелиция может указывать путь, по которому будет следовать лечащий ее специалист.

Семейная терапия. Семейные модели оспаривают взгляд на психопатологию как на нечто, присущее только ребенку, вместо этого они рассматривают детскую психопатологию как обусловленную переменными, действующими в системе семьи, в которой ребенок является лишь частью (Gurman & Kniskern, 1991). Существует множество разновидностей семейной терапии, и все они различаются в своих основных допущениях и подходе к лечению (Szapocznik, 2000). Однако все они рассматривают отдельные детские нарушения как проявление нарушений в семейных отношениях.

Терапия включает участие терапевта, а иногда помощника терапевта, который взаимодействует со всей семьей или выбирает определенных членов семьи, например, родителей и ребенка или мужа и жену. При проведении терапии, как правило, особое внимание уделяется семейным вопросам, лежащим в основе проблемных форм поведения. В зависимости от подхода, терапевт может сконцентрироваться на семейном взаимодействии, общении, динамике, непредвиденных обстоятельствах, границах или альянсах.

В случае с Фелицией ее общая беспомощность и физические симптомы могут служить для сохранения ее роли маленькой девочки в семье. Возможно, именно такая установка — концентрация внимания на проблемах Фелиции — помогает ее родителям избегать концентрации на супружеских проблемах. Терапевт мог бы помочь Фелиции и ее семье определить и изменить этот и другие дисфункциональные способы, посредством которых члены семьи поддерживают связь друг с другом.

Медикаментозное лечение. Медицинские модели рассматривают детскую психопатологию как вытекающую из биологических нарушений или дисфункций и главным образом полагаются на фармакологические и другие биологические подходы к лечению. В качестве примеров можно привести использование стимулирующих медикаментов для лечения синдрома гиперактивности, антипсихотические средства для лечения шизофрении, серьезного агрессивного или деструктивного поведения, а также избирательные ингибиторы, такие как флюксетин (прозак) для лечения депрессии и других психических расстройств (Gadoq & Pomeroy, 1993).

К другим, гораздо более спорным средствам биологического вмешательства, относятся электрошоковая терапия (ЕСТ) для лечения глубокой депрессии, применение больших доз витаминов или минералов для детей с синдромом гиперактивности или аутизмом, и исключение пищевых добавок и консервантов из диеты детей с гиперактивностью. В случае с Фелицией психиатр может рассмотреть использование трициклических антидепрессантов или других препаратов, предназначенных для устранения симптомов депрессии.

Комбинированная терапия. Комбинированная терапия использует два или более видов вмешательства, каждое из которых может занимать свое собственное место в стратегии лечения (Kazdin, 1996a). В некоторых случаях комбинации автоном-

ных вмешательств могут пересекаться с концептуальными подходами, — например, использование когнитивно-бихевиоральной терапии и фармакологического метода лечения детей с гиперактивностью (Arnold, Abokoff & Wells, 1997; Barkley, 1990) или детей с компульсивно-обсессивным расстройством (Piacentini & Graae, 1997), или использование когнитивно-бихевиоральной терапии совместно с семейной терапией (Faubert & Kendall, 1992). В других случаях комбинированное лечение может быть выведено из того же общего концептуального подхода, — например, использование обучения социальным навыкам и когнитивного реструктурирования в программе групповой терапии для подростков с социальной фобией (Marten, Albano & Holt, 1991).

В случае с Фелицией мы использовали комбинированный подход, который включал в себя когнитивно-бихевиоральную терапию депрессии, бихевиоральные методы для адаптации к школе и обучение социальным навыкам:

Фелиция: Множественные решения

Согласно клиническому обследованию, предполагалось, что необходимо решить три важные проблемы: избавиться от нежелания ходить в школу, от депрессии и от трудностей в общении с окружающими. Для решения этих проблем была применена комбинированная терапия и, соответственно, несколько стратегий.

Для борьбы с отказом Фелиции ходить в школу была разработана бихевиоральная программа, задачей которой было добиться от Фелиции ежедневного посещения школы. Фелиция зарабатывала баллы за посещаемость, за участие в занятиях и выполнение учебных заданий. Эти баллы позже можно было обменять на возможность участия в желательной деятельности, — например, просмотр фильма — или на деньги, которые могли пойти на приобретение компакт-дисков и других вещей, которые Фелиция предпочтительно выбирала. Когда Фелиция отказывалась ходить в школу, она теряла баллы и положительное подкрепление не проводилось: она была вынуждена сидеть на кухне одна, ей не разрешали читать и смотреть телевизор. Эта программа привела к тому, что Фелиция стала постоянно посещать школу и намного улучшила свою успеваемость.

Чтобы лечить депрессивные симптомы Фелиции, мы использовали когнитивно-бихевиоральный подход. Фелиция узнала, что депрессия может возникнуть по многим причинам. Причиной, например, могла послужить стрессовая ситуация, а именно смерть ее бабушки; или рой неприятных мыслей, таких как: «Я ничего не могу сделать правильно»; или отсутствие друзей. Далее мы научили Фелицию технике релаксации, которая позволяет мгновенно расслабляться и дает успешный опыт. Затем Фелиция научилась

постоянно отслеживать и оценивать свое поведение, чтобы идентифицировать мысли и события, которые сопровождали как ее хорошее, так и плохое настроение. Фелиция укрепила свое позитивное мышление, научилась определять, вызывать и изменять свои негативные когниции. После нескольких недель лечения Фелиция стала чувствовать себя менее подавленной, что отражено в ее более позитивных оценках ежедневного настроения, об этом же говорили и ее родители.

И учителя Фелиции, и ее родители понимали, что ее депрессия могла возникнуть из-за проблем в общении в школе и дома; они считали, что если бы удалось избавиться хотя бы частично от этих проблем, девочка стала бы менее подавленной. Как следствие, была внедрена программа тренинга социально-когнитивных навыков, чтобы избавиться одновременно как от симптомов депрессии, так и от межличностных проблем. Эта программа состояла из трех частей. В первую очередь Фелиция прошла курс обучения социальным и поведенческим навыкам, который состоял из инструкций, моделирования терапевтом адекватных и неадекватных видов социального поведения, проигрывание ролей, репетиций, тренингов, обратной связи и заключительного проигрывания роли. При обучении особое внимание уделялось совершенствованию социальных навыков, так как в ходе нашего первоначального обследования было определено, что это слабое звено у Фелиции: она старалась избегать смотреть в глаза собеседнику и нечетко произносила фразы. Тренинг проводился в ситуациях, которые Фелиция и ее терапевт определили как проблематичные. Одну из имитаций ролевой игры мы уже описывали ранее, как ситуацию, где в школьном буфете за столом с Фелицией сидит еще одна девочка.

Вторая часть лечения была сосредоточена на когнитивных навыках, включая общие навыки решения проблем, самооценку и самоподкрепление. Фелицию учили использовать определенные ключи, которые подсказывают правильное применение ее социальных навыков в различных ситуациях, например, задавать себе вопросы: «Что я хочу выполнить?» или «Как мне это сделать сейчас?» Она также научилась оценивать адекватность своего социального поведения и распознавать, улучшаются ли ее социальные навыки. Чтобы Фелиция и впоследствии применяла подобные стратегии, был включен третий поведенческий компонент, после чего Фелиция могла зарабатывать баллы и за точность своих оценок и эффективность своих социальных навыков во время проигрывания ролей.

Результаты вмешательства в виде проигрывания ролей для Фелиции показаны на рис. 4.5.

Значительные улучшения после вмешательства были замечены во всех видах поведения, на которые они были направлены.

После лечения Фелиция стала проявлять большую эмоциональную экспрессивность и социальную реактивность дома. Она чаще улыбалась и меньше спорила с родителями. Она также начала вести себя более адекватно. Попытки учителя общаться с ней в классе были довольно успешными. Постепенно она начала более активно общаться с другими детьми и чаще принимать участие в общей деятельности. Ее настроение также заметно улучшилось: она начала предпринимать попытки инициировать беседу и принимать участие во взаимодействиях с другими детьми, учителями и родителями. В конце оздоровительной программы Фелиция стала более взаимодействующей и асертивной, ее действия стали более адекватными. Она стала более оживленной.

Через год после лечения Фелиция не обнаружила симптомов депрессии, ее покинуло чувство безнадежности. Она регулярно посещала школу, хорошо училась, участвовала в деятельности класса и лучше взаимодействовала с другими детьми. В данном примере комбинированный подход когнитивно-бихевиоральной терапии, тренинг поведенческих и социальных навыков и когнитивный тренинг разрешения проблем был успешным в оказании помощи Фелиции и ее семье (адаптировано из Kolko, 1987, с. 163–166).

Эффективность методов лечения

Попытки оценить, насколько эффективен тот или иной вид детской терапии, становятся все более активными (Weisz, Donenberg, Han & Weiss, 1995), и это заставляет нас пристальнее рассмотреть эффективность используемых терапевтических методов.

Давайте начнем с хороших новостей:

Дети, прошедшие курс психотерапии, добились больших изменений в поведении по сравнению с детьми, которые не лечились.

В среднем, дети, которые прошли курс психотерапии, находятся в лучшем состоянии в конце терапии, чем 75% нелечившихся детей.

Лечение доказало свою равную эффективность для детей с различными нарушениями.

Эффекты лечения являются продолжительными, и во время диспансерного наблюдения (проводится примерно в течение 6 месяцев после лечения) были сходны с результатами, обнаруженными сразу после терапии.

При решении проблем часто замечается двойной эффект, то есть исчезают не только проблемы, которые были объектами лечения, но также и другие. Например, при ослаблении тревожности часто улучшается и общее настроение ребенка (Kazdin, 1996b; Weisz, 1998; Weisz & Weiss, 1993).

Чем больше проводится сеансов амбулаторной терапии, тем больше улучшений наблюдается в состоянии (Angold, Costello, Burns, Erkanli & Farmer, 2000).

А в чем же заключаются плохие вести? Хотя результаты исследований показывают положительную картину детской психиатрии в целом, и бихевиоральных, и когнитивно-бихевиоральных подходов в частности, имеется ряд важных предостережений.

Нам следует понимать, что между сеансами терапии, проводимой в рамках исследований, и сеансами терапии, которые проводятся в обычных клиниках, существуют большие различия (Wagner, Swenson & Henggeler, 2000). Большинство исследований по изучению результатов лечения специфических расстройств, которые мы обсуждаем в нашей книге, попадают под первую категорию. Однако клиническая терапия обычно сталкивается с более сложными и неординарными случаями, профессиональные терапевты обслуживают большое количество пациентов (Weisz & Weiss, 1993). В целом клиническая терапия менее структурирована и более гибка, чем исследовательская терапия, она чаще использует психодинамические и эклектические методы.

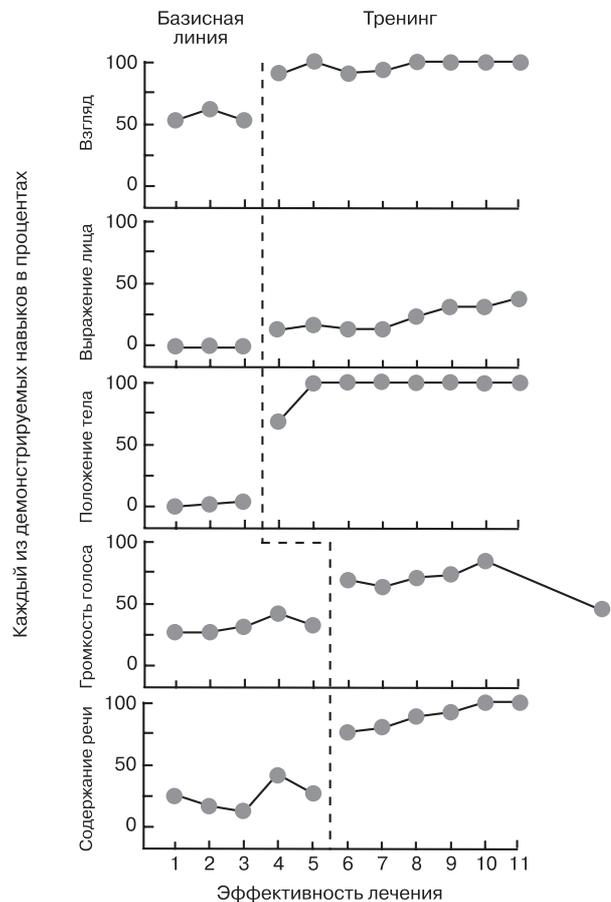


Рис. 4.5. Результаты вмешательства в виде бихевиорального проигрывания ролей (Kolko, 1987).

В отличие от результатов исследовательской терапии, аналогичные положительные результаты клинической терапии менее выражены или отсутствуют вовсе (Andrade, Lambert & Bickman, 2000; Weiss, Catron, Harris & Phung, 1999; Weisz, Donenberg et al., 1995; за некоторыми исключениями, см. работу Angold et al., 2000; и метааналитический обзор Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000).

Эти данные указывают, что традиционные медицинские услуги для детей имеют ограниченную эффективность, и что объединение обычно используемых вмешательств в более координированные системы по уходу также показывают минимум положительных эффектов от лечения (Weisz, 1998). Однако на эту тему проведено еще относительно мало исследований, поэтому преждевременно делать какие-либо выводы на основании клинических и социальных исследований до тех пор, пока не будет собрано больше эмпирических данных о том, какова эффективность терапии на практике (Shadish et al., 1997).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Вмешательства в детские расстройства охватывают ряд стратегий, которые относятся к профилактическим мерам, терапии и поддержанию.
- Результаты терапии теперь также включают результаты, связанные с функционированием детей и всей семьи, а также результаты, которые имеют социальное значение.
- Как с этической, так и с юридической точки зрения, клиницистам, работающим с детьми, нужно думать не только о том воздействии, которое они окажут на обследуемых детей, но также и об ответственности, правах и взаимоотношениях детей и взрослых.
- В настоящее время существует огромное количество разнообразных способов терапии детей и их семей, включая психодинамические, бихевиоральные, когнитивные, бихевиорально-когнитивные, клиент-центрированные, семейные и комбинированные подходы.
- Интеграционные обзоры результатов, контролируемых курсов лечения позволили обнаружить, что изменения у детей, проходящих сеансы психотерапии, содержательно больше, чем изменения у детей, которые не лечились. Тем не менее эти различия не обнаруживаются при исследовании результатов курсов лечения, проводимых в клиниках.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

- клиническое обследование (clinical assessment)
- идиографический (idiographic)
- номотетический (nomothetic)
- клиническое описание (clinical description)
- диагноз (diagnosis)
- прогноз (prognosis)
- планирование терапии (treatment planning)
- оценка
- история развития или история семьи (developmental history or family history)
- оценка психического статуса (mental status exam)
- полуструктурированное интервью (semistructured interview)
- оценка поведения (behavioral assessment)
- поведение-мишень (target behaviors)
- бихевиоральный анализ или функциональный анализ поведения (behavior analysis or functional analysis of behavior test)
- тест развития (developmental test)
- скрининг (screening)
- проективный тест (projective test)
- нейропсихологическое обследование (neuropsychological assessment)
- классификация (classification)
- категориальная классификация (categorical classification)
- классификация по параметрам (dimensional classification)
- многоосевая система (multiaxial system)
- вмешательство (intervention)
- профилактические меры (prevention)
- терапия (treatment)
- поддержание (maintenance)
- эклектика (eclectic)

Глава 5 ГИПЕР- КИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО И ДЕФИЦИТ ВНИМАНИЯ (ГРДВ)



*«Доктор не советует навешивать
ярлыки на двоечников».
«Синдром дефицита внимания
имеет генетическую природу».
«Школьные преподаватели застав-
ляют нервных и невнимательных
детей принимать лекарства».*

Эпиграфы, предшествующие этой главе, цитируют научные и газетные статьи. За ними стоят пристальный интерес, непонимание, надежды, разочарования, бурные дискуссии и попытки ответить на вопросы: Что означает ГРДВ? Каковы причины этого расстройства? Как мы можем помочь детям с синдромом гиперактивности и дефицита внимания?

ОПИСАНИЕ И ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВА

Описание

Термин **гиперкинетическое расстройство и дефицит внимания (ГРДВ)** описывает детей, у которых наблюдаются постоянные и несоответствующие их возрасту симптомы невнимательности, гиперактивности и импульсивности (American Psychiatric Association, Американская Психиатрическая Ассоциация (АПА), 2000).

Джон: Невнимательный, гиперактивный, импульсивный

Мать семилетнего Джона признает свою беспомощность. «Он начал ходить в 10 месяцев, и с тех пор я не могу присесть ни на минуту. Как и положено ребенку, он постоянно носится по дому, натываясь на все, что ни попадется на его пути. Джон все время подвижен, импульсивен и никогда не обращает внимания на то, что ему говорят. Я прошу его положить рубашку в корзину для грязного белья, а потом обнаруживаю, что он все еще играет с ней на полу. Джон не знает повседневных привычных занятий и игр и мало спит. Наказания и методы воспитания, которые я использую с другими моими детьми, на него не действуют. Он не помнит о том, что только что совершил. Джон может схватить кусок черствого пирога и тут же отрицать, что брал его. Он никогда ничего не доводит до конца, редко (за исключением видеоигр) присаживается посмотреть телевизор.

Учитель говорит, что главная задача, стоящая перед Джоном в школе, — не отвлекаться во время выполнения задания и не терять нить происходящего. В классе он болтает и постоянно ерзает или вскакивает со стула. Хотя Джон может сам делать домашнее задание, он часто забывает принести домой необходимые для этого книги. Выполнив домашнюю работу, он забывает положить ее в свой ранец или взять его с собой. Джону очень трудно ждать своей очереди или подчиняться правилам вместе с другими детьми. Сверстники считают его «странным» и не хотят играть с ним.

Мать Джона обратилась за помощью, когда Джон дал своему двухлетнему брату коробку спичек и научил его их зажигать. Родители испытали шок и просто не знали, что делать (адаптировано после Kennedy, Terdal & Fusetti, 1993).

Термин ГРДВ, может быть, и новый, но дети с чрезмерно активным и несдержанным поведением известны достаточно давно. В 1845 году Генрих Гофман (Heinrich Hoffmann), немецкий невропатолог, изложил в книге для детского чтения один из первых известных случаев гиперактивности. В его поэме описано импульсивное поведение за столом ребенка с «говорящим» именем Фиджети Фил*, который «Сидеть не любил. / Он и вертелся, / Он и крутился, / На стуле качался, / И стул повалился». Падая со стула, Фил кричит и цепляется за скатерть: «Дружно посыпались на пол они: / Вилки, стаканы, тарелки, ножи» (Hoffmann, 1845).

В 1994 году появилась любопытная статья о ГРДВ: «Жизнь наперегонки» (Life in Overdrive). В ней описывалось поведение Дасти Н., уже современного ребенка:

Дасти проснулся в пять часов утра в своем доме в Чикаго. Каждый мускул его 22-килограммового тела был сжат, словно пружина, пока он мчался вниз по лестнице, чтобы позавтракать. Выхватив из кухонного шкафа коробку с кукурузными хлопьями, он стал выгребать их оттуда, а затем принялся пинать коробку. Хлопья разлетелись по всей комнате. Внезапно его внимание привлекла декоративная бумажная салфетка, лежавшая под телевизором. Дасти вцепился в салфетку и начал тереть и растягивать ее со стола. Затем он аккуратно растоптал рассыпанные по полу хлопья и, бросив совок для мусора, который он взял, чтобы убрать хлопья, схватил три рулона туалетной бумаги из ванной и стал разматывать их по дому (Wallis, 1994).

Хотя Фила и Дасти разделяют 150 лет, их поведение за едой обнаруживает типичные признаки ГРДВ. Они **невнимательны**, не придают значения обычным требованиям, ведут себя беззаботно, как будто не слышат обращенные к ним слова; они **гиперактивны и импульсивны**, постоянно в движении и совершают необдуманные поступки.

ГРДВ не имеет определенных физических признаков, которые можно обнаружить при рентгеновском или лабораторном исследовании. Он может быть идентифицирован только по характерным паттернам поведения, которые очень схожи у разных детей. Для множества форм поведения детей, обнаруживающих ГРДВ, не было найдено единой причи-

* Fidgety (англ.) — *неугомонный, суетливый, беспокойный*. — Примеч. ред.



Фиджети Фил, 1845



Дасти Н., 1994

Дасти Н., 1994. Каждый завтрак, обед и ужин — время особых испытаний для детей с ГРДВ и для их родителей.

ны, и сомнительно, что такая найдется. Тем не менее ГРДВ стал диагностическим термином, который используется для описания незначительно различающихся паттернов поведения.

Поступки детей с ГРДВ загадочны и противоречивы. Их безрассудство и дезорганизованность — постоянный источник стресса для самого ребенка, его домочадцев, учителей и одноклассников. Почему он не может сидеть спокойно? Почему она ничего не доводит до конца? Почему он совершает столько ошибок из-за невнимательности? Однако в определенных ситуациях дети с ГРДВ выглядят совершенно нормальными. Эта непоследовательность заставляет других подумать о том, что ребенок может контролировать свое несносное поведение, если он приложит больше усилий или если родители или учителя ограничат ребенка более жесткими рамками. Однако ни сверхусилия, ни ужесточение правил поведения обычно не помогают, потому что большинство детей с ГРДВ уже пытались пойти по этому пути. Они хотели вести себя хорошо, но недостаточный самоконтроль постоянно мешал им. В результа-

те они испытывают страдание, стыд и грусть, когда их обвиняют в невнимательности или присваивают клички типа «космонавт-стажер» («space cadet»). За то, что им не удалось завершить домашнее задание или работу, их могут ругать, наказывать или даже бить. К несчастью, зачастую они просто не понимают, что произошло что-то не так, или что они могли бы действовать иначе.

Ребенок с ГРДВ может погружаться в состояние фрустрации или испытывать чувство безнадежности. Например, Дэвид говорит: «У меня нет друзей, потому что я не умею нормально играть. Когда они называют меня глупым уродцем или Дэвидом-дураком, я плачу, я просто ничего не могу изменить» (D. M. Ross & Ross 1982). Такие высказывания оставляют мало сомнений в том, что ГРДВ может жестоко поломать всю жизнь ребенка, поглощает колоссальное количество энергии, вызывает эмоциональную боль, снижает самооценку и серьезно ухудшает взаимоотношения с окружающими людьми (Treuting & Hinshaw, 2001).

История изучения расстройства

За последние 100 лет было предложено множество биологических и социально-психологических теорий, объясняющих проблемное поведение при ГРДВ. Чтобы лучше понять современные взгляды, будет полезно проследить изменения в нашем понимании ГРДВ, произошедшие за истекшее столетие. В течение всего этого времени система обязательного образования с ее требованиями к самоконтролю поведения во время групповых занятий заостряла внимание на детях с ГРДВ (Hinshaw, 1994a). Симптомы гиперактивности были впервые описаны как расстройство в 1902 году английским врачом Джоржем Стиллом (Still — спокойный (англ.) — какое совпадение!), полагающим, что появление симптомов вызвано слабым «тормозящим волеустремлением» («inhibitory volition») и «недостаточным моральным контролем» («defective moral control») (таблица 5.1).

Другой взгляд на ГРДВ сформировался после эпидемии энцефалита (мозговой инфекции) в 1917–1918 годах в США, вследствие которой у многих выживших детей появились разнообразные проблемы с поведением (включая раздражительность, нарушение внимания, ослабленный контроль моторики и гиперактивность). Эти и другие дети, которые перенесли мозговые инфекции, родовую травму, травму головного мозга или отравление токсинами, и у которых наблюдались проблемы с поведением, были объединены термином «дети с синдромом повреждения мозга» (brain injured child syndrome), который связывали с задержкой умственного развития. Данный термин применяли и к детям со сходным поведением, но без признаков повреждения мозга или задержки умственного развития, что привело к использованию в сороковых и пятидесятых годах терминов «минимальное повреждение мозга» и «минимальная мозговая дисфункция» (ММД) (J. W. Kessler, 1980; A. A. Strauss & Lehtinen, 1947). Эти термины предоставляли удобный способ объяснения проблем поведения физическими причи-

КРУПНЫМ ПЛАНом ЛЕКЦИЯ II

Прочитана 6 марта 1902 года.

Господин президент, джентльмены. В своей первой лекции я обратил ваше внимание на некоторые аспекты психологии и развития морально-го контроля у нормальных детей и затем рассмотрел случаи недостаточного морального контроля в связи с общим нарушением интеллекта; прежде чем двинуться дальше, нам следует коротко вспомнить те проблемы, которые мы уже обсуждали. Моральный контроль, как мы видели, зависит от трех психологических факторов: когнитивной связи с действительностью, моральной сознательности и волевого устремления, которое в нашем контексте можно назвать тормозящим волеустремлением. Моральный контроль, таким образом, не является врожденным, а постепенно развивается при наличии нормальных психических характеристик по мере взросления ребенка. Однако дети одного возраста, находящиеся в одинаковых внешних условиях, демонстрируют различный уровень морального контроля. Это доказывает то, что разные люди обладают различными врожденными способностями развития морального контроля.

Симптомы гиперактивности и дефицита внимания были впервые описаны английским врачом Джорджем Стиллом (Lancet, 19 апреля, 1902 год).

нами (Schachar, 1986). Но хотя отдельные виды травм головы могут вызывать ГРДВ, теория повреждения мозга была окончательно отвергнута, поскольку она могла объяснить лишь незначительный процент случаев возникновения гиперкинетического расстройства и дефицита внимания (Rie, 1980).

В конце пятидесятых ГРДВ считали *гиперкинезом*, сопровождающимся недостаточной фильтрацией стимулов, поступающих в мозг (Laufer, Denhoff & Solomons, 1957). Это привело к использованию в диагностике термина *синдром гиперактивного ребенка*, при котором чрезмерная двигательная активность рассматривалась как главный признак ГРДВ (Chess, 1960). Однако скоро стало ясно, что гиперактивность — не единственная проблема. Более важным было то, что ребенок не мог регулировать двигательную активность в соответствии с ситуативными требованиями.

В семидесятых годах Вирджиния Дуглас доказала, что, помимо гиперактивности основными симптомами ГРДВ являются недостаток (дефицит) внимания и слабый контроль импульсивности (Douglas, 1972; Douglas & Peters, 1978). Эта теория была широко распространена и оказывала длительное влияние на определение основных диагностических критериев DSM для ГРДВ. В настоящее время слабая саморегуляция и расторможенность рассматриваются как основные нарушения при ГРДВ (Barkley, 1977a; Schachar, Tannock & Logan, 1993; Quay, 1988). Итак, история изучения ГРДВ пополняется новыми находками и открытиями, которые изменяют и развивают существующие концепции этого расстройства.

The Goulstonian Lectures

ON

SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN.

*Delivered before the Royal College of Physicians of
London on March 4th, 6th, and 11th, 1902.*

BY GEORGE F. STILL, M.A., M.D. CANTAB.,
F.R.C.P. LOND.,

ASSISTANT PHYSICIAN FOR DISEASES OF CHILDREN, KING'S
COLLEGE HOSPITAL, ASSISTANT PHYSICIAN TO THE
HOSPITAL FOR SICK CHILDREN, GREAT
ORMOND-STREET.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Термин *Синдром гиперактивности и дефицита внимания* (ГРДВ) описывает детей, обнаруживающих устойчивые и несоответствующие их возрасту симптомы невнимательности и гиперактивности-импульсивности.
- ГРДВ можно идентифицировать только по характерным паттернам поведения, которые очень схожи у разных детей.
- Поведение детей с ГРДВ — постоянный источник стресса и тяжелых переживаний для самого ребенка, его домочадцев, учителей и одноклассников.
- За последние 100 лет было выдвинуто множество биологических и социально-психологических теорий, объясняющих проблемное поведение при ГРДВ.
- Расстройство, которое мы в настоящее время называем ГРДВ, имело много других названий, основных симптомов и предполагаемых причин.

ГЛАВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Ознакомившись с научными исследованиями и экспериментами, проведенными с детьми Северной Америки, эксперты разработали диагностические

критерии ГРДВ для Руководства DSM-IV-TR. Как показано в табл. 5.1, для постановки диагноза и определения различий между данным расстройством и другими нарушениями используются два перечня диагностических признаков (АПА, 2000; Lahey et al., 1994). Первый перечень содержит симптомы невнимательности, слабой концентрации внимания и дезорганизованности; второй — симптомы гиперактивности и импульсивности. Однако сказать, что два основных признака ГРДВ — это невнимательность и гиперактивность-импульсивность, было бы чрезмерным упрощением, так как каждый раздел включает в себя много различных симптомов, которые нужно определять и оценивать по-разному. Изучив эти разнообразные симптомы, мы можем прийти к лучшему пониманию специфических нарушений у детей с ГРДВ.

Невнимательность

Лиза: Я просто не могу сосредоточиться

В возрасте 17 лет Лиза все еще прилагает много усилий, чтобы сосредоточить внимание и действовать правильно. Но это всегда дается ей с большим трудом.

Она до сих пор смущается, вспоминая, как родители взяли ее в ресторан, чтобы отпраздновать ее 10-летие. Она не мигая уставилась на ярко-рыжие волосы официантки, и отцу трижды пришлось позвать ее по имени, чтобы она опомнилась. И тут, прежде чем Лиза смогла остано-

Таблица 5.1

Диагностические критерии гиперкинетического расстройства и дефицита внимания (ГРДВ) согласно Руководству DSM-IV-TR

Или (1), или (2)

- (1) Шесть (или более) из следующих симптомов **невнимательности**, сохраняющихся в течение, по меньшей мере, 6 месяцев; степень проявления симптомов нарушает адаптацию или не соответствует уровню развития:

Невнимательность

- (a) Часто не может сосредоточить пристальное внимание на деталях или совершает ошибки по невнимательности в школьных заданиях, на работе и в другой деятельности
- (b) Часто не может удерживать внимание во время работы или в игре
- (c) Часто не слушает то, что ему говорят
- (d) Часто не следует инструкциям или не может закончить школьное или рабочее задание или не может выполнить до конца повседневные домашние обязанности (не по причине оппозиционного поведения или непонимания инструкций)
- (e) Часто обнаруживает трудности с организацией труда и деятельности
- (f) Часто избегает, не любит или неохотно выполняет задания, которые требуют постоянного напряжения умственных усилий (например школьные или домашние задания)
- (g) Часто теряет вещи, необходимые для работы и другой деятельности (например — игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги или инструменты)
- (h) Часто отвлекается на внешние раздражители
- (i) Часто забывчив в повседневной деятельности

- (2) Шесть (или более) из следующих симптомов **гиперактивности-импульсивности**, сохраняющихся в течение, по меньшей мере, 6 месяцев; степень проявления симптомов нарушает адаптацию или не соответствует уровню развития:

Гиперактивность

- (a) Часто ерзает или двигает руками и ногами, когда сидит
- (b) Часто встает с места в классе или в других ситуациях, когда предполагается непрерывное сидение
- (c) Часто бежит или залезает куда-нибудь в неподходящей ситуации (у подростков и взрослых может быть ограничено субъективным ощущением беспокойства)
- (d) Часто не может играть или проводить досуг тихо
- (e) Часто совершает свои действия «на ходу» или «как заведенный»
- (f) Часто слишком много говорит

Импульсивность

- (g) Часто начинает отвечать, не дослушав вопроса
- (h) Часто не может дождаться очереди
- (i) Часто прерывает других или мешает им (например, вмешивается в разговоры или игры)

вить себя, она выпалила: «Ты покрасила волосы в отвратительный цвет!»

В школе Лиза была тихой и дружелюбной, но часто казалась спящей на ходу. Она была сообразительной, однако, как ни пыталась, не могла получать хорошие оценки. Несколько раз Лиза проваливала экзамены. Она знала ответы, но не могла собраться с мыслями во время теста. Раздосадованные ее плохими оценками, родители лишили ребенка подарков и устраивали скандалы: «Ты — лентяйка. Ты могла бы получать более хорошие оценки, если бы постаралась».

Выполнение домашних заданий становилось для Лизы настоящим мучением. Часто она забывала записать задания или принести домой нужные книги. Делая домашнюю работу, каждые несколько минут она обнаруживала, что ее мысли переключаются на что-то еще. В результате она редко доходила до конца, и в ее работе обнаруживалось много ошибок. Однажды, после того как Лиза провалила очередной экзамен, учитель застал ее рыдающей: «Что со мной происходит?» (Адаптировано из National Institute of Mental Health, Национальный Институт Ментального Здоровья (NIMH), 1994а).

Невнимательным детям очень трудно поддерживать умственное напряжение во время работы или игры. Им тяжело сосредоточиваться на одной вещи или следовать заданиям и инструкциям. Играя в футбол, когда вся команда располагается на поле, ребенок с ГРДВ может бегать за кромкой поля по грязной луже. Эти дети автоматически обращают внимание на то, что им нравится, но у них возникают значительные трудности, когда нужно сконцентрировать внимание на новых или менее приятных заданиях. Обычные жалобы по поводу невнимательности связаны с тем, что ребенок не слушает или не хочет слушать, не выполняет инструкции, не заканчивает работу или задание. Другие общие жалобы возникают, когда ребенок не организован, не может сосредоточиваться, легко отвлекается и быстро теряет интерес к утомительным занятиям (Barkley, 1998b; Hinshaw, 1994a; Milich & Lorch, 1994).

Сказать, что ребенок страдает дефицитом внимания, недостаточно, так как существует много разных его характеристик (Swanson, Posner et al., 1998; E. Taylor, 1995, Bjorklund, 1995):

- **Объем внимания** — количество информации, которую мы можем запомнить и переработать за короткий промежуток времени. Когда кто-то объясняет вам дорогу или дает номер телефона, как много информации вы сможете быстро уловить и запомнить?

- **Избирательное внимание** — способность сосредоточиваться на необходимых стимулах и не отвлекаться на помехи (посторонние стимулы) окружающей среды. Во время подготовки к тесту легко ли вы отвлекаетесь на голоса в соседней комнате?

- **Отвлекаемость** — общий термин для обозначения дефицита избирательного внимания.

- **Непрерывность внимания** или **бдительность** — способность поддерживать сосредоточенность в течение длительного времени или при усталости. Если вы устали и должны готовиться к тесту, сможете ли вы сохранить внимание, пока не прочитаете все, что нужно?

У детей с ГРДВ нет недостатка объема внимания. Они могут вспомнить столько же информации, сколько и другие дети (E. Taylor, 1995). Хотя все дети могут отвлекаться, основной дефицит внимания при ГРДВ не относится также к избирательному вниманию или отвлекаемости. Помещение детей с ГРДВ в пустую комнату, где им не на что отвлечься, не решает проблемы. Хотя по стилю своего поведения они могут быть более отвлекаемы, большинство посторонних стимулов мешают детям с ГРДВ не более, чем остальным (Sergeant & Sholten, 1985). Из этого правила есть два возможных исключения. Первое: дети с ГРДВ отвлекаются больше других на *очень яркие и привлекательные стимулы* (Milich & Lorch, 1994). Второе: они больше других отвлекаются на *постороннюю информацию, присутствующую в задании*, кото-

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 5.1.

Тест непрерывного выполнения (A Continuous Performance Test)

Во время теста *непрерывного выполнения* детям демонстрируют серию стимулов (например, букв), которые появляются на экране компьютера по одному. Ребенка усаживают перед монитором и дают задание нажимать на кнопку только тогда, когда определенная буква появляется вслед за другой. В данном случае ребенку сказали, чтобы он нажимал кнопку, когда буква «Z» следует за буквой «A». Если ребенок не нажал кнопку, когда «Z» последовало за «A», это — ошибка упущения (omission, «O») и признак невнимательности. Если ребенок нажал кнопку, когда «Z» не последовало за «A», это — ошибка совершения (commission, «C») и признак импульсивности.

A A C Z A A A Z A A A B Z A A A Z A B Z A A A Z
O O O
C C C

Во время теста *непрерывного выполнения* дети с ГРДВ обычно совершают больше ошибок упущения и совершения, чем другие их сверстники.

рое они выполняют. Например, игра с клавишами компьютера может быть более интересной, чем информация на экране.

Главный дефицит внимания при ГРДВ — недостаток непрерывности внимания или бдительности (Douglas, 1972). Когда ребенку с ГРДВ дают неинтересное или повторяющееся задание, выполнение этой работы с течением времени ухудшается (по сравнению с другими детьми). Хотя никто не любит неинтересную работу, большинство из нас может делать ее, если надо. Дети с ГРДВ не могут настойчиво продолжать выполнять такое задание, даже если хотят. Лучше всего у них получаются дела, где выбирают они: компьютерные игры, конструирование моделей аэропланов, а также те занятия, которые им интересны и не требуют поддержания внимания продолжительное время. К несчастью, в большинстве ситуаций для успешного завершения работы необходимо поддерживать внимание, и многие ситуации не особенно интересны. Для оценки непрерывности внимания и импульсивности может использоваться тест *непрерывного выполнения*, описанный во врезке 5.2:

Факты, доказывающие дефицит устойчивого внимания при ГРДВ, продолжают накапливаться (Douglas, 1999). Однако данные не всегда согласуются между собой, и, возможно, зависят от определений и методик, используемых для оценки этого конструкта (Hinshaw, 1994a). К примеру, вопреки тому, что можно было бы ожидать при дефиците устойчивого внимания, некоторые исследования выявили, что выполнение заданий детьми с ГРДВ не становится со временем хуже, чем у других детей; недостатки внимания проявлялись в равной мере как в заданиях, длящихся всего несколько секунд, так и в заданиях, длящихся 10 минут или 1 час (van der Meere, van Baal & Sergeant, 1989; van der Meere, 1996). Хотя недостаток непрерывности внимания не единственный симптом для ГРДВ (E. Taylor, 1995; Voeller, 1991), он остается одним из основных критериев этого расстройства (Douglas, 1999).

Гиперактивность-импульсивность

Марк: Неумная энергия и неукротимый темперамент

14-летний Марк очень энергичен и всегда чрезмерно активен. В возрасте 3 лет он напоминал человека-торнадо, опрокидывающего и разбивающего все на своем пути. Дома он метался от одного занятия к другому, оставляя за собой горы разбросанных игрушек. За едой он опрокидывал тарелки и непрерывно болтал. Он был отчаянным и импульсивным, перебегая улицу, невзирая на приближающиеся машины; и не имело значения, сколько раз мать говорила ему об опасности или ругала его. Во время игр желание опередить (просто врезаясь в соперников) уже неоднократно создавало ему проблемы. Его родители не знали, что с этим поделать. Любящие дедушка и бабушка успокаивали их: «Мальчишки всегда останутся мальчишками. Не

беспокойтесь, он вырастет, и это пройдет». Но он вырос, и «это» не прошло (адаптировано из NIH, 1994a).

Хотя в Руководстве DSM симптомы гиперактивности и импульсивности представлены раздельно, у детей, обнаруживающих гиперактивность, проявляется и импульсивность. Поэтому эти симптомы лучше рассматривать как единую поведенческую характеристику, называя ее гиперактивность-импульсивность (Lahey, Pelham et al., 1988). Сильная связь между гиперактивностью и поведенческой импульсивностью наводит на мысль о том, что оба паттерна являются следствием более фундаментального дефицита торможения реакций (Barkley, 1997a; Quay, 1997).

Гиперактивность. Ребенок с ГРДВ может напоминать беспорядочно мечущегося по полю футболиста. Гиперактивность, или чрезмерно активное поведение, принимает разнообразные формы. Дети с ГРДВ не способны сидеть неподвижно в течение всего урока. Они могут ерзать, извиваться, ползать, бесцельно бегать по классу, трогать все подряд или громко стучать карандашом. Родители и учителя описывают их как непоседливых и непрестанно болтающих. Деятельность этих детей чрезмерно энергична, интенсивна, неадекватна и бесцельна. Они крайне активны, но в отличие от других детей с высоким уровнем энергии, не особо стремятся довести до конца свои действия.

Интересно, что в начале 1980-х был короткий период, когда отвергалась идея о том, что гиперактивность принадлежит к основным признакам ГРДВ. Это было связано с растущим интересом к дефициту внимания и с тем, что, как было выявлено, дети с ГРДВ гиперактивны не везде и не всегда. Гиперактивность наблюдалась в основном тогда, когда ситуация требовала от ребенка торможения двигательной активности — например, утихнуть или сидеть неподвижно, согласно жестким правилам, предъявляемым в классе. Как оказалось, взгляды на гиперактивность как на признак, являющийся не основ-



Дети с ГРДВ демонстрируют более высокую двигательную активность, даже когда спят.

ным для ГРДВ, были необоснованными. Они исходили из относительно упрощенных измерений двигательной активности, например «ерзания на стуле» или общей двигательной активности. При более сложной записи движений тела было выявлено, что на самом деле дети с ГРДВ демонстрируют более высокую двигательную активность (Porrino et al., 1983; Teicher, Ito, Glod & Barber, 1996) даже когда спят. Однако наибольшие различия действительно определяются в ситуациях, требующих от ребенка торможения двигательной активности.

Импульсивность. Кажется, что импульсивные дети не способны сдерживать свои немедленные реакции или подумать, прежде чем сделать. Они могут разорвать на части дорогие часы, не представляя, как их потом собрать воедино. Им очень тяжело остановить себя или отрегулировать свое поведение в соответствии с требованиями ситуации или пожеланиями других. В результате они могут выпалить неподобающие комментарии или дать неверный ответ, не дослушав вопрос.

Кроме того, импульсивным детям сложно ждать своей очереди, и они реагируют слишком быстро или слишком часто. Они прерывают чужую беседу, мешают другим и впадают в состояние фрустрации, когда расстроены (M. A. Malone & Swanson, 1993). Помимо этого они не могут устоять перед искушающими их соблазнами (в данном контексте — сильными стимулами) или отказаться от удовольствий (C. A. Anderson, Hinsaw & Simmel, 1994). Обычными являются мелкие неудачи типа пролитого чая или ушибов. Могут встречаться и более серьезные

травмы и несчастные случаи, вызванные необдуманным поведением (например безрассудной беготней на улице).

Симптомы импульсивности могут принимать разнообразные формы (Milich & Kramer, 1984):

- *Когнитивная импульсивность* — симптомы, отражающие дезорганизованность, поспешное мышление и предполагающие необходимость присмотра. Помните Джона, не взявшего в школу выполненное домашнее задание?
- *Поведенческая импульсивность* — симптомы, включающие выкрики в классе или действия без учета последствий. Дети с поведенческой импульсивностью с трудом могут подавить свои реакции, когда ситуация просто зывает к ним сделать это. Например, девочка трогает электроплиту, чтобы убедиться, что она горячая, хотя она достаточно большая, чтобы понимать, что лучше этого не делать.

Когнитивная и поведенческая импульсивность предвосхищают появление проблем со школьной успеваемостью. Однако лишь поведенческая импульсивность предшествует асоциальному поведению (J. L. White et al., 1994a) и поэтому может быть специфическим признаком повышенного риска, связанного с оппозиционным поведением и другими поведенческими проблемами (Hinsaw, 1994).

Недавно были разработаны методы, позволяющие точно оценивать когнитивные процессы, лежащие в основе ГРДВ. Например, Стоп-задание, описанное во врезке 5.2, использовалось для оценки им-

КРУПНЫМ ПЛАНМ

Врезка 5.2 Стоп-задание

Стоп-задание — это лабораторный метод, моделирующий элементы деятельности из реальной жизни и требующий быстрого принятия правильных решений в отношении выполнения или торможения определенных действий. Стоп-задание состоит из двух компонентов: *старт-реакции* и *стоп-реакции*.

Старт-испытание. Испытуемого просят сосредоточить внимание на буквенном стимуле, который генерируется компьютером. Каждая буква продублирована клавишей на манипуляторе, который держит испытуемый. Когда на экране появляются «О» или «Х», он должен нажать соответствующую клавишу на манипуляторе.

Стоп-испытание. Во время появления букв несколько раз будет раздаваться звук, называемый «стоп-сигналом». Испытуемый получает инструкцию не нажимать на клавиши, когда раздается этот звук.

Стоп-сигналы присутствуют в четверти всех испытаний. По сравнению с другими детьми, детям с ГРДВ трудно сдерживать рефлекс во время стоп-испытания. Таким образом, это задание позволяет нам точно измерить время, необходимое ребенку для подавления своих реакций.

Источник: Schachar et al., 1993.



Девушка, выполняющая стоп-задание.

пульсивности детей. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы внести ясность — являются ли ошибки, допущенные при выполнении этого задания, характерными только для ГРДВ (Танноск, 1998).

Обобщая изложенное, можно сказать, что три главных признака ГРДВ — невнимательность, гиперактивность и импульсивность — являются сложными характеристиками. В данный момент считается, что гиперактивность-импульсивность — неотъемлемый признак ГРДВ. В противоположность невнимательности, он позволяет отличить детей с ГРДВ от детей с другими расстройствами и от нормальных детей (Halperin, Matier, Bedi, Sharma & Newcorn, 1992; M. A. Roberts, 1990). Таким образом, гиперактивность является *специфичным маркером* (характерным признаком) ГРДВ, а невнимательность — нет. Дети с ГРДВ обнаруживают уникальное сочетание симптомов, но не обязательно отличаются от других детей по всем типам и интенсивности проявления признаков невнимательности, гиперактивности и импульсивности (Barkley, 1996).

Дополнительные критерии

Не каждый ребенок, у которого проявляется невнимательное, гиперактивное или импульсивное поведение, страдает ГРДВ. Многие дети говорят не то, что хотели сказать, перескакивают от одного дела к другому, допускают ошибки по невнимательности или время от времени становятся забывчивыми и дезорганизованными. Это не означает, что у них всю жизнь будут проблемы. Чтобы диагностировать ГРДВ, мы должны задать следующие дополнительные вопросы:

- Возникло ли такое поведение до 7 лет?
- Наблюдалось ли оно более часто и с большей выраженностью, чем у других детей того же пола и возраста?
- Является ли оно постоянным (проявляющимся, по меньшей мере, 6 месяцев)?
- Наблюдалось ли оно в нескольких различных ситуациях и не в одном месте?
- Является ли оно причиной существенного ухудшения в социальном взаимодействии и в обучении?

Заболевания, несчастные случаи, стрессовые события (такие как перемена места жительства или потеря родителей), жестокое обращение, легкие расстройства (приступы) или инфекция среднего уха (отит) могут вызывать симптомы, похожие на ГРДВ. У обычно послушного 9-летнего мальчика, ставшего отвлекаемым или упрямым сразу после разлуки с родителями, возможно, отмечается адаптивная реакция, а не ГРДВ. Перед постановкой диагноза ГРДВ необходимо собрать всю информацию, включая анамнез, свидетельства родителей и учителей, наблюдать за поведением и попытаться найти другие

возможные причины симптомов (American Academy of Pediatrics, 2000; Американская педиатрическая академия; Barkley, 1997b; Hetchman, 2000).

Подтипы

Дети с ГРДВ различаются по многим характеристикам. По этой причине исследователи попытались определить подтипы. **Подтип** — это группа лиц, имеющая что-то общее (симптомы, этиологию, тяжесть проблемы или возможные последствия), отличающее их от остальных больных с тем же расстройством. Учитывая симптомы, Руководство DSM выделяет три подтипа ГРДВ:

- **Преимущественно невнимательный тип (ADHD-PI)** объединяет детей с преобладанием симптомов невнимательности.
- **Преимущественно гиперактивный-импульсивный тип (ADHD-HI)** объединяет детей с преобладанием симптомов гиперактивности-импульсивности.
- **Смешанный тип (ADHD-C)** объединяет детей с симптомами как невнимательности, так и гиперактивности-импульсивности.

Дети с ГРДВ первого типа — «спят на ходу», «не от мира сего», «витают в облаках», легко запутываются. У них часто отмечаются трудности с учебной, они медленно обрабатывают информацию, им трудно что-либо вспомнить. Складывается впечатление, что в основном нарушается скорость обработки информации и избирательное внимание. Они часто бывают тревожными и озабоченными, у них могут наблюдаться расстройства настроения. В социальном плане они могут быть робкими, забытыми или находиться в изоляции. Также у них отмечается реакция на меньшие дозы стимулирующих лекарств, чем у детей с гиперактивно-импульсивными симптомами (Barkley, 1996). Все больше данных (хотя и недостаточно убедительных) говорит о том, что эти дети составляют отдельную подгруппу или, возможно, страдают совершенно другим расстройством, чем преимущественно гиперактивный-импульсивный или смешанный подтипы (Maedgen & Carlson, 2000). Как оказалось, у них отмечаются другие симптомы, сопутствующие характеристики, семейные условия, последствия и реакции на лечение (Barkley, 1998b).

В противоположность преимущественно невнимательным детям, гиперактивные-импульсивные и смешанные подтипы чаще обнаруживают проблемы, связанные с торможением и стабильностью поведения. Отвергнутые своими сверстниками, они, как правило, более агрессивны, вызывающи и оппозиционны (Lahey & Carlson, 1992), их выгоняют из школы или переводят в специальные классы. Поскольку преимущественно гиперактивные-импульсивные дети обычно младше, чем дети со смешанным типом, неизвестно, являются ли они двумя разными подтипами или одним и тем же типом в разном возрасте (Barkley, 1996).

Правильность и полезность выделения подтипов ГРДВ в Руководстве DSM продолжает подкрепляться данными исследований (Eiraldi, Power & Nezu, 1997; Faraone, Biederman & Friedman, 2000; Gaub & Carlson, 1997a).

О чем молчат диагностические критерии Руководства DSM?

Диагностические критерии Руководства DSM для ГРДВ имеют ряд потенциальных ограничений (Barkley, 1996):

- *Онтогенетическая индифферентность.* Руководство DSM не принимает в расчет несоответствия симптомов уровню развития и использует одни и те же симптомы для всех возрастов, несмотря на то, что некоторые из них (например бегание и лазание) более присущи младшим детям. Помимо этого некоторые симптомы, необходимые для постановки диагноза, нельзя связать с возрастом или уровнем взросления, хотя многие из них со временем значительно ослабевают.

- *Категоричный взгляд на ГРДВ.* Согласно Руководству DSM, ГРДВ — это расстройство, которое либо есть у ребенка, либо его нет. Однако необходимые для постановки диагноза симптомы и тяжесть их проявления — параметры количественные, и дети, обнаруживающие недостаточные симптомы, не сильно отличаются от тех, кому ставится диагноз ГРДВ. На самом деле, с течением времени многие дети могут перемещаться как в категорию, определенную DSM, так и выходить из нее (вследствие изменений в их поведении). Несмотря на это говорить о категориях все же удобно, даже когда заболевание имеет непостоянную природу. Например, нет предельной верхней границы для артериального давления, но большинство из нас согласятся с тем, что у людей с высоким артериальным давлением риск серьезных негативных последствий выше, чем у других.

- *Возникновение симптомов до 7 лет не обязательно.* В ряде исследований было выявлено, что между детьми, у которых ГРДВ возникает до и после 7 лет, мало различий (Barkley & Biederman, 1997), и примерно у половины преимущественно невнимательных детей до 7 лет не было проявлений расстройства (Applegate et al., 1997). Другие исследования показали, что клинический исход у детей со смешанным подтипом ГРДВ хуже, чем у детей с преимущественно невнимательным подтипом. Эти данные свидетельствуют о допустимости применения диагностического критерия DSM «возникновение симптомов в возрасте до 7 лет» по отношению к смешанному, но не по отношению к невнимательному подтипу ГРДВ (Willoughby, Curran, Costello & Angold, 2000).

- *Срок продолжительности проявления симптомов в течение 6 месяцев может быть недостаточным для младших детей.* У многих дошкольников симптомы наблюдаются в течение 6 месяцев, а затем исчезают.

Эти ограничения указывают на тот факт, что критерии DSM разработаны для конкретной цели — для

классификации и диагностики. Они позволяют нам сформировать наши представления о ГРДВ, но и сами формируются результатами новых исследований, а иногда и выходят за их рамки.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Руководство DSM-IV-TR использует для выявления ГРДВ два списка симптомов. Первый включает в себя симптомы невнимательности, плохой концентрации и дезорганизации. Второй содержит симптомы гиперактивности и поведенческой импульсивности.

- Детям, страдающим невнимательностью, трудно поддерживать постоянное умственное напряжение во время работы или игры. Основным недостатком внимания у детей с ГРДВ является дефицит непрерывного внимания или бдительности.

- Дети с ГРДВ крайне активны, но в отличие от других детей с высоким уровнем энергии, не стремятся к доведению своих действий до конца.

- Дети с ГРДВ импульсивны, это означает, что они не способны сдерживать свои спонтанные реакции или подумать, прежде чем сделать.

- Для постановки диагноза ГРДВ необходимо возникновение симптомов до 7 лет, более частое, тяжелое и устойчивое их проявление, чем у других детей того же возраста и пола, наблюдение симптомов в различных ситуациях, затруднения в деятельности.

- DSM выделяет три подтипа ГРДВ, основанных на преобладании симптомов невнимательности, гиперактивности-импульсивности или комбинации обеих групп.

- Несмотря на удобство, у DSM есть несколько ограничений, в основном — онтогенетическая индифферентность.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Помимо основных нарушений у детей с ГРДВ часто возникают другие проблемы. Например, Лиза не успевала в учебе, а Марк ввязывался в драки. В следующих разделах мы рассмотрим характеристики и проблемы, обычно связанные с ГРДВ, включая дефицит когнитивных навыков, речевые расстройства, сложности межличностных взаимоотношений, ситуативные и целевые факторы.

Дефицит когнитивных навыков

Ведущие функции. Под этим термином подразумевают функции, которые позволяют ребенку под-

держивать психологическую установку, необходимую для достижения определенных целей (Welsh & Pennington, 1988). Эти высокоупорядоченные ментальные процессы обеспечивают саморегуляцию, под которой подразумевается самосознание, планирование, самоконтроль и самооценка (Pennington & Ozonoff, 1996). Ведущие функции контролируют:

- *Когнитивные процессы*, связанные с оперативной памятью, определением порядка и последовательности ментальных операций, планированием и способностью прогнозировать результат, гибкостью мышления и использованием организационных стратегий.
- *Речевые процессы*, связанные со скоростью речи, вербальной коммуникацией и использованием самонаправленной речи (адресованной к самому себе).
- *Моторно-мышечные процессы*, связанные с распределением усилий, соблюдением запрещающих инструкций, подавлением реакций, моторной координацией и последовательностью действий.
- *Эмоциональные процессы*, связанные с саморегуляцией уровня активации и осмыслением (усвоением) норм поведения.

Дети с ГРДВ постоянно обнаруживают недостаточность одной или нескольких руководящих функций, особенно тех, которые связаны с торможением реакций (Pennington & Ozonoff, 1996).

Уровень интеллектуального развития и дефицит когнитивных навыков. Большинство детей с ГРДВ имеют нормальный уровень развития интеллекта, а многие даже достаточно высокий. Их трудности заключаются не в недостатке интеллекта, а, скорее, в применении когнитивных навыков в ситуациях повседневной жизни (Barkley, 1996). В результате они никогда не используют свой потенциал в полной мере. При тестировании IQ они набирают примерно на 7–10 очков меньше, чем дети из контрольной группы и их собственные братья и сестры (помните, что у большинства из них IQ все же находится в диапазоне «средний» или «выше среднего»). Так как тесты на IQ (типа WISC-III) включают в себя субтесты (например вычисления в уме), выполнение которых вызывает у детей с ГРДВ специфические затруднения, их более низкие результаты вполне закономерны (Barkley, 1997b). Кроме этого, низкие показатели IQ могут быть прямым следствием симптомов ГРДВ, определяющих поведение во время тестирования. Например, эти дети особенно плохо выполняют тесты, требующие непрерывного внимания (Anastopoulos, Spisto & Maher, 1994). Однако дети, набравшие меньше баллов при тестировании на IQ (вследствие невнимательного выполнения инструкции), не обязательно менее умные.

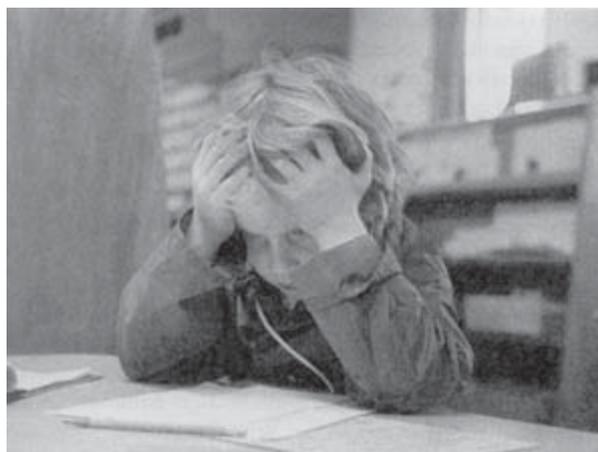
Ян: Школа причиняла мне настоящие страдания

Вспоминаю хмурые холодные дни. Школа причиняла мне настоящие страдания и я все время

чувствовал себя полным неудачником. Некоторые учителя искренне старались мне помочь, другие решали оставить меня таким, как есть, требуя мало, ожидая еще меньше и надеясь на мое хорошее поведение на уроках. Все мое детство я слышал от них одно и то же: «Ян, угомонись» или «Помни, Ян, ты делаешь хуже только себе». Учителя не понимали, что я никогда не хотел сделать себе хуже, но не знал, как угомониться. Часто меня выгоняли из класса за плохое поведение... Я знал, что я хуже всех, и что бы я ни делал, отношения других ко мне и их ожидания не изменятся (адаптировано из Murray, 1993).

Успеваемость. Многие дети с ГРДВ испытывают серьезные трудности в школе, вне зависимости от того, есть у них специфические расстройства обучения или нет. Они могут не справляться со школьными заданиями и тестами и получать плохие оценки. Им трудно сдавать годовые экзамены, и их часто помещают в специальные классы. И, наконец, они могут быть отчислены из высшего учебного заведения или не завершить высшее образование (Barkley, 1996; Fischer, Barkley, Edelbrock & Smallish, 1990; G.Weiss & Hechtman, 1993). Особенно тревожно то, что дети с ГРДВ обнаруживают недостатки академических навыков уже в дошкольном возрасте (Mariani & Barkley, 1997).

Расстройства научения. У многих детей с ГРДВ присутствуют и специфические расстройства научения (см. главу 11); которые вызывают проблемы, связанные с речью, чтением и счетом (Tannock & Brown, 2000). Также отмечаются трудности, связанные с техникой письма и плохой двигательной координацией, хотя данные, свидетельствующие об этом, требуют дальнейшего уточнения. Если определить расстройство научения более широко, как выполнение заданий ниже ожидаемого уровня, то оно встречается у 80% детей с ГРДВ (Cantwell & Baker,



Строгие правила поведения на уроке могут быть мучительны для детей с ГРДВ.

1992). Однако если определить эти расстройства более узко, как значительные затруднения в чтении, счете или письме в сравнении с общей интеллектуальной деятельностью ребенка или достижениями в той или другой из этих сфер деятельности, их доля не превышает 25% (Barkley, 1998b; Semrud-Clikeman et al., 1992).

Речевые расстройства

От 30 до 60% детей с ГРДВ обнаруживают речевые расстройства (L. Baker & Cantwell, 1992; N. J. Cohen et al., 2000). Помимо более частого, чем следовало ожидать, появления формальных речевых расстройств, у них часто возникают трудности с использованием речи в повседневных ситуациях. Для детей с ГРДВ характерна чрезмерная говорливость и громкость; они часто перескакивают с одной мысли на другую, не умеют выслушивать собеседника, перебивают других, ввязываются в разговор или затевают его в неподходящих ситуациях.

Дети с ГРДВ не только путано излагают свои мысли, но и используют меньше местоимений и союзов, так что собеседник с трудом может уловить смысл их высказываний (Tannock, Purvis & Schachar, 1993). В своем разговоре они могут использовать непонятные связи с предыдущим или неизвестным слушателю контекстом. Можете ли вы понять следующий рассказ мальчика с ГРДВ (заглавными буквами помечены непонятные связи)?

«А тут внезапно солдаты — и тут внезапно ОН почувствовал себя плохо и, ты знаешь — сказал: «Уважаемые доктора, я хочу поговорить с вами», и тут внезапно ОН вошел в ДВЕРЬ, а внутри они взяли ЭТО ОТТУДА. Тогда ОН надел, я думаю, ТУ ВЕЩЬ на ДВЕРНУЮ РУЧКУ». (Tannock, Fine, Heintz & Schachar, 1995).

Когда связи не ясны, как в этом примере, слушатель может лишь предположить, о чем ведется речь, или вообще ничего не понять. К несчастью, нарушение речевой коммуникации у детей с ГРДВ встречается нередко.

Медицинские и соматические характеристики

Проблемы со здоровьем. Хотя в результате исследований высказывались предположения о том, что дети с ГРДВ подвержены хроническим инфекциям верхних дыхательных путей, астме и аллергиям, эти данные противоречивы (Szatmari, Offord & Boyle, 1989). Также противоречивы сведения о более частых случаях мочеиспускания в постель и других проблемах с естественными отправлениями (Safer & Allen, 1976). Таким образом, связь между ГРДВ и общим здоровьем в настоящий момент кажется недостаточно ясной (Barkley, 1998b; Daly et al., 1996).

Несмотря на это необходимость дополнительных исследований диктуется последними данными о значительно более высокой частоте плановых и экстренных госпитализаций и неотложной помощи, оказанной детям с ГРДВ по сравнению с другими деть-

ми. Кроме того, средняя стоимость медицинского обслуживания девятилетнего ребенка с ГРДВ превышает обычную более чем вдвое (Leibson, Katusic, Barbaresi, Ransom & O'Brien, 2001).

У детей с ГРДВ достаточно распространены нарушения сна (Gruber, Sadeh & Raviv, 2000; Prince et al., 1996), хотя истинная их природа не ясна (Corkum, Tannock & Moldofsky, 1998). Нежелание ложиться спать и меньшее общее время сна, по-видимому, наиболее серьезные из проблем со сном (Wilens, Biederman & Spencer, 1994). Более того, у этих детей значительно чаще нарушения сна могут быть связаны с приемом стимулирующих лекарств и сопутствующими психическими расстройствами, чем, собственно, с ГРДВ (Mick, Biederman, Jetton & Faraone, 2000).

У детей с ГРДВ в среднем подростковом возрасте может отмечаться небольшое ухудшение роста, которое, как оказалось, не связано с приемом лекарств и, по-видимому, нормализуется в позднем подростковом возрасте (Spencer et al., 1997). Также у этих детей выше частота **тиков**. Это — непроизвольные, повторяющиеся, неритмичные движения (мигания, подергивания лицевых мускулов) или непроизвольно издаваемые звуки («прочищение горла», урчание). Тем не менее тики встречаются не часто, а их присутствие, скорее всего, не оказывает значительного влияния на психосоциальное функционирование ребенка (Spencer et al., 1999).

Склонность к риску. Учитывая импульсивность, сложности с подавлением моторики, неумение планировать и продумывать, не приходится удивляться тому, что до 50% детей с ГРДВ считаются *склонными к риску*. В результате несчастных случаев они более чем в 2 раза чаще, по сравнению с другими детьми, получают переломы костей, рваные раны, тяжелые ушибы, отравления или черепно-мозговые травмы (Barkley, 1998b).

Импульсивность и необдуманное поведение детей с ГРДВ также повышает риск травм с последующим посттравматическим стрессовым расстройством (Cuffe, McCullough & Pumariega, 1994). Как и молодые водители, лица с ГРДВ часто попадают в дорожно-транспортные происшествия (Barkley, Guevremont, Anastopoulos, DuPaul & Shelton, 1993; Barkley, Murphy & Kwasnik, 1996; Nada-Raja et al., 1997).

ГРДВ — существенный фактор риска раннего начала курения (Milberger, Biederman, Faraone, Chen & Jones, 1997), злоупотребления психоактивными веществами (Biederman et al., 1997; Wilens, Biederman, Mick, Faraone & Spencer, 1997) и рискованного сексуального поведения, такого как промискуитет или игнорирование средств защиты (Barkley, Fisher & Fletcher, 1997). Эти наблюдения говорят об эволюции паттернов гиперактивного-импульсивного поведения ребенка в паттерны безответственного и рискованного поведения взрослого (хотя некоторые из этих случаев можно объяснить сопутствующими поведенческими проблемами).

Исследование, длящееся 50 лет, показало, что импульсивное поведение в детстве было наиболее

значимым характерным признаком, прогнозирующим меньшую продолжительность жизни (в среднем — на 8 лет короче) (H. S. Friedman et al., 1995). Нет сомнений, что пожизненная предрасположенность к риску и тяга к опасным ситуациям в сочетании с пониженной склонностью к здоровому образу жизни (физкультуре, правильному питанию, безопасному сексу, умеренному употреблению табака, алкоголя и кофеина) определяют прогноз меньшей продолжительности жизни у лиц, страдающих ГРДВ (Barkley, 1998b).

Межличностные проблемы

Деннис: Никакой управы

Другим моим детям я могу сказать: «Не делай этого», — и они останавливаются. Но у Денниса синдром гиперактивности и дефицита внимания. Я бесконечно могу повторять: «Деннис, не режь мыло картофелечистойкой» или «Не разукрашивай квартиру старым моторным маслом», или «Не разгуливай по бабушкиному дивану в грязной обуви», но он все равно меня не слушает. Похоже, что он просто не способен вести себя смирно, и мне трудно представить, что он вытворит в следующий раз. Он делает то, что даже в голову бы не пришло другим моим детям (Kennedy et al., 1993).

Для детей с ГРДВ характерно нарушение социального функционирования в семье и школе. Те, кто испытывает значительные трудности в социальном взаимодействии, имеют наиболее неблагоприятные прогнозы появления депрессий и поведенческих расстройств в подростковом возрасте (Greene et al., 1996; Greene, Biederman, Faraone, Sienna & Garcia-Jetton, 1997). Дети с ГРДВ непослушны и часто враждебны, любят спорить, непредсказуемы и вспыльчивы. Вследствие этого у них нередко возникают конфликты со взрослыми и другими детьми. Для ребенка с ГРДВ нет ничего необычного, когда его удаляют с плавания за плохое поведение или выгоняют с гимнастики. Известен случай, когда родителям одной девочки, занимавшейся танцами, учителя предложили вернуть деньги за ее танцевальную обувь, чтобы только они забрали ее из студии.

Чтобы общаться с другими людьми, вы должны соблюдать социальные правила. Дети с ГРДВ не хотят играть по тем же правилам, что и другие; прошлые ошибки ничему не учат их, несмотря на то, что они понимают, какого поведения от них ждут, и хотят быть как все. Даже когда у них хорошие намерения, их поведение раздражает и становится источником постоянного стресса для родителей, братьев и сестер, учителей и одноклассников. Об этом свидетельствует хотя бы следующее признание матери ребенка с ГРДВ: «Наше родительское собрание в первом классе повергло нас в настоящий шок; ее учительница плакала!»

Ян: Конфликт между детьми в семье

Ян говорит о брате и сестре: «Когда я вижу, как Андрэ и Дэвид о чем-то серьезно беседуют, обмениваются секретами или играют друг с другом, я чувствую себя брошенным и обманутым. Иногда Андрэ обнаруживает, что кто-то побывал в ее комнате, потому что вещи лежат не так, как она их оставила. Она говорит: «Смотрите, у меня даже ящики выдвинуты. Ян, это ты. Кто же еще? Держись подальше от моей комнаты, понял? Я ничего не могу спрятать от твоих грязных, маленьких пальчиков». Я отказываюсь признать свою вину и клянусь, что не был в ее комнате. К тому же иногда туда заходил кто-то другой» (адаптировано из Murray, 1993).

Проблемы в семье. Семьи детей с ГРДВ испытывают много трудностей, включая внутренние взаимоотношения, характеризующиеся общей негативностью, непослушанием детей, излишней строгостью родителей, конфликтами между братьями и сестрами (Mash & Johnston, 1982; Whalen & Henker, 1999). Родители могут переживать сильный дистресс и связанные с этим проблемы, наиболее общими из которых являются депрессии у матерей и асоциальное поведение отцов (например злоупотребление алкоголем и наркотиками). Еще более осложнять ситуацию в семье может то, что сами родители иногда имеют ГРДВ и сопутствующие расстройства (C. Johnson & Mash, 2001).

Наиболее острые конфликты между детьми с ГРДВ и их матерями возникают в дошкольном возрасте и продолжаются в школьный и подростковый период (Mash & Johnson, 1982). Конфликты с отцами встречаются реже, но все же возникают чаще, чем между другими детьми и их отцами (Tallmadge & Barkley, 1983). Конфликт между матерью и ребенком в раннем детстве чаще всего предшествует конфликту между родителем и подростком через 8–10 лет (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1991). Ранние конфликты позволяют построить прогноз о том, что ребенок будет неуступчивым в играх со сверстниками, воровать из дома, не выполнять свои обязанности в школе (C. A. Anderson et al., 1994; Whalen & Henker, 1999).

Интересно, что матери склонны взаимодействовать с ребенком, у которого проявляется ГРДВ, так же, как и с другими своими детьми, не обнаруживающими этого синдрома (Tarver-Behring, Barkley & Karlsson, 1985). Это свидетельствует о том, что проблемы в семье не ограничиваются ситуациями, в которые непосредственно вовлечен ребенок с ГРДВ, а могут затрагивать и другие семейные взаимоотношения. При опросе братья и сестры детей с ГРДВ утверждали, что они чувствовали себя обиженными своим братом/сестрой с ГРДВ, а родители обращали на это мало внимания или совсем не замечали (J. Kendall, 1999).

Для семей, в которых есть дети с ГРДВ, характерны семейные стрессы и снижение чувства родитель-

ской компетентности (Anastopoulos, Guevremont, Shelton & DuPaul, 1992; Mash & Johnston, 1983), тяжелые депрессии у матерей, ослабление контактов с друзьями и родственниками и частые супружеские конфликты, уход одного из супругов и разводы (Barkley, 1998b). Родители детей с ГРДВ чаще употребляют алкоголь, что в некоторых случаях может быть непосредственно вызвано семейными стрессами (Pelham & Lang, 1999).

Крайне важно отметить, что во многих случаях частые семейные конфликты, супружеские ссоры и появление психологических проблем у родителей обусловлены в большей степени не самим синдромом, а сопутствующими поведенческими расстройствами, возникающими у ребенка (Barkley, Anastopoulos, Guevremont & Fletcher, 1992; C. Johnston & Mash, 2001).

Проблемы со сверстниками. Дети и подростки с ГРДВ редко достигают компромисса, им не удаются совместные действия и кооперация, которые характерны для других детей (Dumas, 1998; Henker & Whalen, 1999). Хотя трудности со сверстниками могут проявляться по-разному, обнаруживаются также и общие черты (Whalen & Henker, 1985, 1992). Дети с ГРДВ могут быть надоедливы, упрямы, социально нечувствительны и не способны к взаимодействию. Другие исследователи говорят о том, что такие дети всегда привлекают общее внимание, ведут себя очень шумно, обнаруживают быструю реакцию и социально активны. Однако их активность неадекватна социальному контексту, что часто рождает непонимание других детей и вызывает самые негативные последствия. Похоже, что у этих детей возникают проблемы, даже когда они стремятся быть полезными, и хотя их поведение выглядит бессмысленным, оно часто бывает непреднамеренным. Их самооценки бывают завышенными, и они могут не понимать причин негативной реакции окружающих.

Неудивительно, что детей с ГРДВ не любят и отвергают сверстники, они имеют мало друзей и часто чувствуют себя неудачниками (Gresham, MacMilan, Vocian, Ward & Forness, 1998; Landau, Milich & Diener, 1998). Их неумение регулировать эмоции (Melnick & Hinshaw, 2000) и возникающие вспышки агрессивности, которые часто сопровождают ГРДВ, приводят к конфликтам и обеспечивают плохую репутацию (Bicket & Milich, 1990; Erhardt & Hinshaw, 1994). Однако даже неагрессивные дети с ГРДВ испытывают одиночество и неприязненное отношение со стороны сверстников (Milich & Landau, 1989). Стимулирующие лекарства, которые ослабляют негативные симптомы, зачастую не приводят к улучшению социального поведения и не позволяют преодолеть социальной отверженности, возможно, потому, что сами по себе лекарства не повышают социальную компетентность ребенка и не изменяют плохую репутацию.

Интересно, что дети с ГРДВ не испытывают недостатка в социальных знаниях (Whalen & Henker, 1992). Они просто не могут применить эти знания во время общения; им трудно управлять своими

эмоциями и поступками, когда меняющаяся ситуация требует быстрой адаптации или подчинения (Landau & Milich, 1988). Их социальные цели также могут отличаться от целей сверстников, особенно когда ГРДВ сопровождается агрессией. Они могут стремиться к созданию проблем и конфликтных ситуаций, игнорируя общепринятые правила социального взаимодействия (Melnick & Hinshaw, 1996).

Ситуативные факторы и особенности задания

Во многих ситуациях дети с ГРДВ выполняют задания не хуже остальных. Однако для них характерны крайне неровные результаты, которые зависят от ситуативных факторов и особенностей задания. Ребенок с ГРДВ может внимательно смотреть любимый видеофильм, но не способен сосредоточиться на журнальных иллюстрациях. Сегодня он может охотно откликнуться на приглашение пойти пообедать, а завтра проигнорировать его даже после многократных напоминаний. Эта неровность и вариативность поведения выделяет их среди сверстников.

Уровень концентрации внимания, активация, саморегуляция и непрерывность выполнения задания зависят у детей с ГРДВ от многих факторов (Gomez & Sanson, 1994). Среди них: сложность задания и необходимость его организации, количество и интенсивность стимулов, быстрое или длительное достижение результатов (Barkley, 1997b). Детям с ГРДВ очень трудно выполнять сложные, скучные или неприятные задания, а также задания на фоне сильных отвлекающих стимулов. Кроме того, симптомы ГРДВ чаще проявляются в публичных местах, например в ресторане или в церкви; в семейной обстановке, в самый неподходящий момент, когда кто-нибудь из родителей может беседовать по телефону; в школе, когда требуется длительная концентрация внимания, например во время теста по математике. Однако гораздо реже симптомы ГРДВ наблюдаются во время привычных игр, в незнакомой обстановке (например при медицинском обследовании) и в школе, когда не требуется длительная сосредоточенность на задании — на переменах, за едой, при поездках за город (Barkley, 1996).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Помимо основных трудностей дети с ГРДВ испытывают проблемы, связанные с дефицитом когнитивных навыков, речевыми расстройствами и сложностями в социальном взаимодействии; кроме того, на их поведение оказывают влияние ситуативные факторы и особенности выполняемого задания. У детей с ГРДВ наблюдается дефицит ведущих функций, т. е. высокоупорядоченных ментальных процессов, которые обеспечивают саморегуляцию.

- Большинство детей с ГРДВ обнаруживают нормальный уровень развития интеллекта. Однако им трудно применять свой интеллект в обычных повседневных ситуациях.

- У детей с ГРДВ возникают проблемы с успеваемостью даже в младших классах, они испытывают трудности при переходе из класса в класс, и их часто помещают в специальные классы.

- У многих детей с ГРДВ возникают специфические расстройства научения, наиболее характерные — в чтении и математике.

- Они часто обнаруживают речевые расстройства, кроме того, им трудно использовать речь в повседневных ситуациях.

- У них могут возникать проблемы со здоровьем, связанные с нарушением сна и склонностью к риску. Дети с ГРДВ испытывают серьезные трудности в социальном взаимодействии, включая взаимодействие с родственниками, учителями и сверстниками.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СИМПТОМЫ

ГРДВ представляет собой серьезную проблему, поскольку у 80% больных обнаруживаются сопутствующие психические расстройства (P. S. Jensen, Martin & Cantwell, 1997; Plizska, 2000). Наиболее часто встречаются оппозиционное и кондуктивное расстройства, тревожность и депрессия.

Оппозиционно-вызывающее расстройство

Шон: Трудный ребенок

Шон, энергичный и разговорчивый двенадцатилетний мужчина, вспоминает: «Мое детство — это какое-то стихийное бедствие. Я был действительно трудным ребенком. Родители и учителя не оставляли меня в покое. Они называли меня хулиганом и бранили за то, что я был слишком агрессивный, вспыльчивый и вел себя вызывающе. У меня не было друзей. Поэтому я стал употреблять наркотики: марихуану, а затем и кокаин. Кое-как меня переводили из класса в класс. Я не мог ни на чем сосредоточиться. Часами мне приходилось просиживать за уроками, но я сразу забывал все, что выучил. В старших классах я вынужден был все время списывать».

Около половины всех детей с ГРДВ, в основном мальчики в возрасте 7 лет и старше, обнаруживают признаки оппозиционно-вызывающего расстройства (Barkley, 1998b; Biederman, Faraone & Lapey, 1992). Они проявляют повышенную реактивность, агрессивны по отношению к сверстникам, упрямы, нетерпеливы и драчливы.

Примерно у 30–50% детей с ГРДВ может развиваться кондуктивное расстройство (РП) (Barkley, 1998b; Biederman et al., 1992), которое обычно приобретает более тяжелые последствия, чем оппозиционное расстройство. Дети с кондуктивным расстройством нарушают общественный порядок, у них часто возникают серьезные проблемы в школе или с полицией. Они могут драться, лгать, воровать, устраивать пожары, уничтожать собственность или использовать запрещенные наркотические препараты. ГРДВ — один из наиболее стабильных факторов, позволяющих прогнозировать развитие оппозиционно-вызывающего расстройства (Loeber, 1990; Mannuzza & Klein, 1992; E. Taylor, 1995).

ГРДВ, оппозиционное и кондуктивное расстройства часто одновременно наблюдаются у разных членов одной семьи, что указывает на общие причины их возникновения (Biederman et al., 1992). На этом основании была выдвинута гипотеза о том, что ГРДВ и оппозиционно-вызывающее расстройство — различные проявления одного и того же заболевания. Однако ГРДВ обычно связывают с дефицитом когнитивных навыков и нарушением развития нейронных структур, тогда как кондуктивное расстройство часто объясняют неблагоприятной семейной и социальной обстановкой и психопатологией у родителей (Schachar & Tannock, 1995).

Поскольку ГРДВ часто сопровождается оппозиционно-вызывающим расстройством, некоторые специалисты выделяют «агрессивный подтип» ГРДВ (Faraone, Biederman & Monuteaux, 2000). Рациональным зерном здесь является то, что сопутствующее оппозиционно-вызывающее расстройство в корне изменяет клиническую картину, развитие и последствия заболевания, а также результаты лечения. Эта точка зрения подтверждается еще и тем, что дети, обнаруживающие одновременно ГРДВ и оппозиционно-вызывающее расстройство, имеют более серьезные нарушения речи и памяти, они более агрессивны и чаще попадают в дорожно-транспортные происшествия. Им меньше помогают стимулирующие



Эм, нам с папой кажется, что ты ведешь себя не очень хорошо.

щие препараты, по сравнению с детьми, у которых наблюдается только одно из этих двух расстройств (P. S. Jensen et al., 1997).

Тревожность

Т. Дж.: Гиперактивность и тревожность

Родители Т. Дж. впервые обратились за помощью, когда ему было 6 лет. В первые годы жизни он был очень активным и импульсивным. У ребенка возникали проблемы со сном, и он пробуждался по несколько раз каждую ночь. Родители также говорили, что он очень тревожился даже при короткой разлуке и постоянно казался обеспокоенным чем-то. Т. Дж. подтвердил, что у него были «кошмарные сны» и он чувствовал, что никто не любит его (адаптировано из Tannock, 2000).

Около 25% детей с ГРДВ, как правило младшие мальчики, страдают чрезмерной тревожностью (Mennin, Biederman, Mick & Faraone, 2000; Tannock, 2000). Эти дети опасаются быть оторванными от своих родителей, их пугают любые изменения в жизни, они боятся проходить тестирование, устанавливать социальные контакты или ходить к доктору. Они могут испытывать напряжение или дискомфорт, и постоянно хотят удостовериться в том, что с ними все в порядке. Поскольку их тревога не реалистична, более часта и более сильна, чем обычно, она оказывает негативное воздействие на мышление и поведение ребенка. Интересно, что общая связь между ГРДВ и тревожностью в подростковом возрасте уменьшается или исчезает. Тревожность у подростка с ГРДВ может подавлять импульсивное поведение, которое характеризует других молодых людей, обнаруживающих симптомы ГРДВ (Pliszka, 1992).

Депрессия

Дети с ГРДВ чаще страдают от депрессии, чем остальные дети (Willcutt, Pennington, Chhabildas, Friedman & Alexander, 1999). По крайней мере, 20% из них испытывают депрессию, и еще у многих, по мере взросления, к двадцати годам развиваются депрессии или другие расстройства настроения (P. S. Jensen et al., 1997). Такие молодые люди чувствуют себя несчастными и подавленными из-за того, что не могут справиться с повседневной жизнью. Депрессия снижает самооценку, повышает раздражительность и нарушает сон, аппетит и мыслительные способности (Mick, Santangelo, Wupij & Biederman, 2000; Milich & Okazaki, 1991). Связь между ГРДВ и депрессией выражается в том, что появление в семье одного из этих расстройств увеличивает риск появления другого (Biederman, Wozniak et al., 1995; G.A. Carlson, 1990). Отсюда можно сделать вывод о том, что депрессия у ребенка с ГРДВ обусловлена не только угнетающим воздействием проявления симптомов (Biederman, Mick & Faraone, 1998). Аналогично этому депрессия у матерей этих детей возникает не только под воздействием стрессов, вызван-

ных сложностями воспитания ребенка с ГРДВ (Faraone & Biederman, 1997).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- ГРДВ представляет собой серьезную проблему, поскольку у 80% больных обнаруживаются сопутствующие психические расстройства.
- У многих детей с ГРДВ возникают оппозиционно-вызывающее расстройство.
- Около четверти детей с ГРДВ испытывают чрезмерную тревожность, которая может подавлять импульсивное поведение, характерное для других детей и подростков с ГРДВ.
- Многие дети с ГРДВ страдают от депрессии. Хотя депрессия может быть отчасти связана с деморализующим воздействием симптомов дефицита внимания и гиперактивности, она также может являться следствием повышенного риска депрессивных расстройств в семьях, где есть дети с ГРДВ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ГРДВ

ГРДВ широко распространен во всем мире. По самым точным оценкам, от 3 до 5% школьников Северной Америки страдают ГРДВ, в среднем, по одному ребенку на класс (APA, 2000; Brown et al., 2001; Szatmari, 1992). Примерно у половины всех детей, прошедших клиническое обследование, обнаруживались симптомы ГРДВ отдельно или в комбинации с другими расстройствами. Поэтому проблема распространенности ГРДВ широко обсуждается в США (Barkley, 1998b).

Для оценки распространенности ГРДВ учитываются сообщения родителей, учителей и врачей. Однако они не всегда согласуются между собой, потому что поведение ребенка может меняться в зависимости от обстановки. Кроме этого, при описании могут делаться акценты на разные симптомы. К примеру, учителя склонны расценивать ребенка как невнимательного, в то время как он проявляет симптомы оппозиционного расстройства (Abikoff, Courtney, Pelham & Koplewicz, 1993). В исследованиях, учитывающих отдельные сообщения (когда о синдроме сообщает только врач или только учитель), распространенность ГРДВ оценивается выше, по сравнению с исследованиями, учитывающими согласованные сообщения (когда проявления синдрома одновременно фиксируют родители, врачи и учителя) (N. M. Lambert, Sandoval & Sassone, 1978).

Гендерные различия

ГРДВ встречается у мальчиков чаще, чем у девочек. По общим оценкам, у детей в возрасте 6–12 лет ГРДВ обнаруживается у 2–3% девочек и у 6–9% мальчиков. К подростковому возрасту общая частота распространенности ГРДВ и у мальчиков, и у девочек снижается, но мальчики продолжают преобладать в том же соотношении 2:1 или 3:1. В клинической диагностике возникает еще большая диспропорция: мальчики преобладают в соотношении 6:1 и выше. Мальчиков с ГРДВ, возможно, регистрируют чаще, чем девочек, по причине их вызывающего поведения и агрессивности (Szatmari, 1992). Интересно, что когда у девочек также наблюдаются симптомы оппозиционного расстройства, ГРДВ у них обнаруживают в более младшем возрасте, чем у мальчиков. Это свидетельствует либо о меньшей терпимости, либо о большей тревоге взрослых, когда нарушения поведения возникают у девочек (Silverthorn, Frick, Kuper & Ott, 1996).

Возможно, что ГРДВ у девочек распознается и регистрируется значительно реже, поскольку именно у девочек дефицит внимания не всегда сопровождается деструктивными формами поведения, характерными для мальчиков (McGee & Feehan, 1991). Кроме того, сами диагностические критерии, как они представлены в Руководстве DSM, и используемые для диагностики ГРДВ, могут быть причиной статистической гендерной диспропорции. Они разработаны и протестированы в основном на мальчиках с ГРДВ, и многие из симптомов (например, чрезмерная подвижность или преждевременный ответ в классе) в общем более присущи мальчикам, чем девочкам. Поэтому для того, чтобы у девочки зафиксировали ГРДВ, ее поведение должно иметь экстремальные формы проявления и выглядеть крайне нехарактерным для ее возраста (Barkley, 1996). Таким образом, клинические проявления симптомов и их формулировка в Руководстве DSM, возможно, и определяют указанную статистическую гендерную диспропорцию, для более глубокого объяснения которой необходимы дальнейшие исследования.

ГРДВ у девочек, в общем, изучен хуже, чем у мальчиков, однако эта ситуация постепенно меняется. У девочек с ГРДВ чаще (по сравнению с их сверстницами без ГРДВ) отмечаются расстройства настроения, тревожность и кондуктивное расстройство; более низкие IQ и успеваемость; проблемы, связанные с социальным взаимодействием (Biederman et al., 1999). При сравнении мальчиков и девочек с ГРДВ обнаруживается, что характер проявления симптомов, степень их тяжести, распространенность заболевания в семье и результаты лечения у обоих полов схожи (Faraone et al., 2000; Silverthorn et al., 1996). Гендерные различия заключаются в том, что у мальчиков наблюдается более высокая гиперактивность, им более свойственны агрессия и асоциальное поведение, у них возникают более серьезные нарушения ведущих функций, в то время как у девочек чаще обнаруживаются интеллектуальные нарушения (Gaub & Carlson, 1997b; Seidman, Bie-



Учителя говорят, что девочки с ГРДВ «как будто витают в облаках». Окружающие могут не замечать или игнорировать ГРДВ у девочек, если расстройство не сопровождается гиперактивностью и деструктивным поведением.

derman, Faraone & Weber, 1997). Но несмотря на эти различия, ГРДВ является серьезным расстройством, имеющим в основном схожие характеристики и у мальчиков и у девочек.

Культурные и этнические различия в оценках распространенности и методах диагностики ГРДВ

ГРДВ обнаруживается у детей, принадлежащих различным социальным классам, хотя немного чаще он отмечается в малообеспеченных слоях. Эта разница, как считают, возникает в результате воздействия характерных для бедных семей стрессовых факторов, которые вызывают сопутствующие поведенческие проблемы (Szatmari et al., 1989).

ГРДВ выявлен во всех странах мира, где он изучался (Barkley, 1996). Распространенность заболевания оценивается по-разному: от 2% девочек в Японии (Kanbayashi, Nakata, Fujii, Kita & Wada, 1994) до 20% мальчиков в Италии (O'Leary, Vivian and Nisi, 1985) и до 29% и более мальчиков в Индии (Bhatia, Nigam, Bohra & Malik, 1991). Эти цифры, без сомнения, отражают разницу в методах диагностики и отличающихся возрастных и гендерных характеристиках каждой статистической выборки. Например, оценки распространенности ГРДВ в Англии невысоки, поскольку этот термин используется только по отношению к тем детям, у которых проявляется чрезмерная моторная активность, наблюдаемая в различных ситуациях (Pendergrast et al., 1988).

Оценки распространенности могут быть связаны еще и с культуральными нормами детского поведения и отношением взрослых к проявлению симптомов этого расстройства. В культурах, где ценится сдержанное и спокойное поведение ребенка (например в Таиланде), симптомы ГРДВ фиксируются реже, чем в США, поскольку учителя в Таиланде

рассматривают их проявление как более широкую культурную проблему, связанную с воспитанием детей (Weisz, Chayaisit, Weiss, Eastman & Jackson, 1995). Даже в Соединенных Штатах, где ГРДВ диагностируется у детей всех рас и этнических групп, оценки распространенности могут зависеть от культуральных различий (D. M. Ross & Ross, 1982). Ясно лишь, что ГРДВ — универсальный феномен, который во всех культурах встречается чаще у мальчиков, чем у девочек.

Течение заболевания и его последствия

В следующих разделах мы опишем динамику изменения симптомов ГРДВ в процессе развития (Campbell, 2000a), проиллюстрировать которую может биография Алана, которому сейчас 35 лет. Ему поставили диагноз ГРДВ, когда он учился в первом классе.

Неугомонный Алан

Наша няня утверждает, что с 4-х месяцев я уже научился садиться, чтобы смотреть телевизор. Еще не умея ходить, я мог так быстро передвигаться на четвереньках, что бедная няня едва успевала меня догнать. Я носился по всему дому, забирался повсюду, создавая страшный беспорядок, и вскоре мама поняла, что меня ни на минуту нельзя оставлять одного. Я не любил играть со своими игрушками, а предпочитал исследовать все самостоятельно (адаптировано из Murray, 1993).

Младенчество. Складывается впечатление, что ГРДВ может быть врожденным (некоторые матери отмечали, что уже в утробе их ребенок был так активен, что, толкаясь ножками, причинял им сильную боль). Однако мы не можем описать, как проявляется это расстройство в младенчестве, поскольку до сих пор еще не разработаны точные методы диагностики ГРДВ до трехлетнего возраста. Как правило, родители детей с ГРДВ сообщают о том, что в младенчестве у их ребенка был трудный темперамент. Они говорят, что он был крайне активный, непредсказуемый, чрезмерно или недостаточно чувствительный к стимулам, раздражительный; отмечаются также нарушения сна и питания. Хотя эти утверждения указывают на раннее проявление ГРДВ, их нельзя трактовать однозначно по двум причинам. Во-первых, на воспоминания родителей могут влиять возникающие позднее трудности воспитания. Во-вторых, у большинства беспокойных младенцев ГРДВ не развивается. Хотя «трудный» темперамент в младенчестве может быть связан с некоторыми нарушениями развития, его нельзя рассматривать как самостоятельный признак раннего проявления ГРДВ.

Алан: Отверженный всеми

Уже в детском саду я испытывал одиночество. Сверстники не принимали меня в свою компа-

нию, а воспитатель постоянно отправлял в угол, чтобы я самостоятельно возился со своими игрушками. Отверженный всеми, я не имел друзей и никак не мог понять, чем я отличаюсь от остальных детей (адаптировано из Barkley, 1995).

Дошкольный возраст. ГРДВ обнаруживают у детей в возрасте 3–4 лет, когда с нарастающей интенсивностью начинают проявляться симптомы гиперактивности-импульсивности (Hart, Lakey, Loeber, Applegate & Frick, 1996). Такие дети совершают необдуманные и непредсказуемые поступки, беспорядочно перескакивают от одного занятия к другому, стремятся достичь моментального результата, быстро теряют интерес к привлеченному их внимание стимулу, бурно и неадекватно реагируют на обычные повседневные события (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; S. V. Campbell, 1990). Родителям очень сложно справиться с гиперактивными непослушными детьми, поведение которых может быть к тому же еще агрессивным и вызывающим (Mash & Johnson, 1982). Дети с ГРДВ причиняют много беспокойств в детском саду. Они бесцельно слоняются по группе, без умолку болтают и мешают занятиям других детей. Дошкольники, у которых отмечается устойчивый паттерн гиперактивного-импульсивного и оппозиционного поведения на протяжении не менее года, по всей видимости, имеют ГРДВ. Чаще всего их трудности сохраняются и в начальной школе.

Алан: Я ничего не мог сделать правильно

На первом родительском собрании моя мама не услышала ничего хорошего. Учительница жаловалась ей на то, что я ничего не слушаю, бесконечно точу свои карандаши и по пять раз за урок бегаю в туалет. А в третьем классе все вообще пошло под откос. Я ничего не мог сделать правильно, хотя очень старался. А учительница все писала в моих тетрадках: «Переписать заново», «Не выполнил задание», «Неправильный ответ». Мне казалось, что я ей просто неприятен. Она была очень строгой, почти никогда не улыбалась и всегда следила за мной (адаптировано из Barkley, 1995).

Начальная школа. Симптомы невнимательности обнаруживаются у детей в возрасте от 5 до 7 лет, становясь особенно заметными, когда ребенок идет в школу (Hart et al., 1996). Урок, требующий настойчивости и непрерывного, целенаправленного внимания, становится тяжелым испытанием для таких детей. Неудивительно, что именно в это время у них обнаруживается ГРДВ и возникает необходимость оказания профессиональной помощи. Симптомы невнимательности продолжают проявляться и в средних классах, приводя к низкой успеваемости, отвлекаемости, плохой организованности, проблемам при переходе из класса в класс и трудностям в социальном взаимодействии с учителями и сверстниками

(Barkley, 1996). Паттерны гиперактивного-импульсивного поведения, появившиеся у ребенка в дошкольный период, продолжают наблюдаться и во время его обучения в начальных и средних классах.

В начальной школе могут сформироваться паттерны оппозиционно-вызывающего поведения, которое часто сопровождается агрессивностью и лживостью (Barkley, 1998b). Ребенок с ГРДВ с первых классов и до самого окончания школы испытывает серьезные проблемы, связанные с проявлением самостоятельности, личной ответственностью, выполнением заданий, оказанием доверия, достижением личной независимости, установлением социальных отношений и успеваемостью (Koplowicz & Barkley, 1995; Stein, Szumowski, Blondis & Roizen, 1995).

Алан: Точка зрения родителей

До того как Алану исполнилось 13, я не понимала, что ГРДВ — серьезное расстройство, которое не поддается быстрому лечению. Он не мог сдерживать свою активность даже в старших классах и в результате часто оказывался в кабинете директора. Из-за невнимательности Алан стал отставать по математике, которая раньше не вызывала у него затруднений. У него подтвердился окончательный диагноз, и стало ясно, что проблемы, с которыми столкнулся Алан, не исчезнут со временем, а станут еще более глубокими. Только тогда я осознала, что ГРДВ формирует личность, мучает своих жертв и разбивает человеческие отношения (адаптировано из L. Weiss, 1992).

Подростковый возраст. Когда дети с ГРДВ достигают подросткового возраста, проблемы, связанные с этим расстройством, зачастую не исчезают, а усугубляются. Хотя гиперактивность-импульсивность в этом возрасте ощутимо затихает, ее уровень остается выше, чем у 95% сверстников, не имеющих ГРДВ (Barkley, 1996). Заболевание продолжается в подростковом возрасте, по меньшей мере, у 50% клинически зарегистрированных младших школьников (Barkley, Fisher, Elderbrock & Smallish, 1990; G. Weiss & Hechtman, 1993). Детские симптомы гиперактивности-импульсивности (в большей степени, чем невнимательности) вызывают самые неблагоприятные последствия в подростковом возрасте (Barkley, 1998b).

Алан: Десять лет хаоса

Мой секретер может многое рассказать обо мне. Десять лет назад я собрался навести в нем порядок, но мне до сих пор не удалось этого сделать. Мне стыдно и горько осознавать свою беспомощность. Ну сложное ли это дело — навести порядок в собственном секретере? Нет, я не сумасшедший. Мне просто иногда кажется, что я так и остался ребенком (L. Weiss, 1992).

Зрелый период. С большой долей уверенности можно предположить, что многие известные и преуспевшие личности, от Томаса Эдисона до Робина Вильямса*, вероятно, страдали в детстве ГРДВ. Некоторым больным по мере взросления удается избавиться от симптомов ГРДВ, другие учатся скрывать их. Однако многие в течение всей своей жизни продолжают испытывать проблемы, несущие с собой страдания и чувство разочарованности (Barkley, 1996; Mannuzza & Klein, 1992). Взрослые, обнаруживающие ГРДВ, беспокойны, легко теряют интерес к тому, что еще недавно привлекало их, постоянно ищут что-то новое и возбуждающее. У них могут возникать трудности на работе, проблемы, связанные с социальным взаимодействием; для них характерны депрессии и низкая самооценка; они могут проявлять агрессивность и обнаруживать расстройства личности (Biederman et al., 1992; Mannuzza & Klein, 1992; G. Weiss & Hechtman, 1993). Многим людям, имеющим ГРДВ, так никогда и не ставится диагноз, особенно если расстройство не сопровождается сопутствующими поведенческими проблемами. В результате им может казаться, что у них что-то не в порядке, но они не знают — что. Хотя многие из таких людей яркие творческие личности, они часто страдают от того, что не смогли в полной мере реализовать свои способности (Wender, 2000).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- По самым точным оценкам, ГРДВ обнаруживается у 3–5% детей школьного возраста.
- ГРДВ диагностируется в два или три раза чаще у мальчиков, чем у девочек.
- ГРДВ у девочек не вполне изучен, однако это серьезное расстройство, имеющее общие характеристики у мальчиков и девочек.
- ГРДВ выявлен во всех странах мира, где он изучался.
- Симптомы ГРДВ имеют собственную динамику развития. У беспокойного младенца к 3–4 годам могут появиться признаки гиперактивности-импульсивности, после которых уже в младших классах обнаруживается дефицит внимания.
- Хотя частота и интенсивность проявления симптомов могут уменьшаться по мере взросления ребенка, у многих ГРДВ остается в течение всей жизни.

* Robin Williams, (р. 1952) — популярный американский актер, снимавшийся в фильмах «Доброе утро, Вьетнам», «Общество умерших поэтов» и др. — *Прим. ред.*

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГРДВ. ТЕОРИИ И ГИПОТЕЗЫ

В последнее время появилось много противоречивых гипотез, пытающихся объяснить причины возникновения ГРДВ. Так, например, утверждалось (впрочем, без серьезных доказательств), что ГРДВ появился в процессе эволюции человека у наших предков-охотников (Hartmann, 1993) (см. врезку 5.4). Другие полагают, что ГРДВ всего лишь научный миф, возникший только потому, что общество нуждалось в нем (Т. Armstrong, 1995).

Несмотря на пристальное внимание к природе и причинам ГРДВ, найти ясные ответы на эти вопросы очень сложно, поскольку диагностическая практика не стандартизирована, а исследования крайне затруднены. Изучение природы ГРДВ приводит к созданию любопытных теорий, моделирующих возможные механизмы и причины этого расстройства (Sergeant, 2000). Такие взаимодополняющие теории, в обобщенном виде представленные во врезке 5.5, делают акцент на нарушениях мотивации, активации, саморегуляции и торможения.

Многие исследователи пытались выяснить причины возникновения ГРДВ. Однако большинство работ на эту тему потеряли свою актуальность, поскольку не имели серьезной доказательной базы. ГРДВ пытались связать с чрезмерным употреблением сахара, пищевыми аллергиями, дрожжами, с влиянием ламп дневного света, моторными расстройствами, неблагоприятной обстановкой в семье и

школе, урбанистическими проблемами и даже с воздействием телевидения.

Современные исследования причинных факторов предоставляют убедительные доказательства того, что ГРДВ имеет нейробиологические детерминанты (Biedermann & Spencer, 1999; Tannock, 1998). Однако крайне важно помнить, что проявление симптомов ГРДВ вызвано общим воздействием внутренних (биологических) и внешних факторов (Hinshaw, 1994a; E. Taylor, 1999). ГРДВ — комплексное и хроническое расстройство мозговых функций, поведения и развития. Когнитивные и поведенческие проблемы, возникающие вследствие этого расстройства, оказывают влияние на многие сферы деятельности (Rapport & Chung, 2000). Таким образом, любое объяснение ГРДВ, акцентирующее внимание только на одной из причин, будет неполным. Хотя имеющиеся у нас данные не позволяют создать достоверную объясняющую модель, на рис. 5.2 изображен возможный механизм развития ГРДВ, который представляет известные нам причины и последствия этого расстройства. В следующих разделах мы обсудим их более подробно.

Генетические влияния

В некоторых работах приводятся доказательства того, что генетические влияния становятся важными причинными факторами ГРДВ (Kuntsi & Stevenson, 2000).

- *ГРДВ прослеживается в семьях.* Около трети близких и дальних родственников детей с ГРДВ также обнаруживают это расстройство (Faraone, Biederman &

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 5.3

ГРДВ у первобытного охотника?

Возможно, ГРДВ возник в процессе эволюции, поскольку в некоторых ситуациях обеспечивал первобытному человеку определенные преимущества в его борьбе за существование. Том Хартманн (Tom Hartmann) в своей работе «Синдром дефицита внимания: другое восприятие» предложил спорную, но привлекательную теорию. Он утверждает, что отвлекаемость и импульсивность (психологические характеристики, присущие ГРДВ) были жизненно необходимы в раннем охотничьем сообществе и стали ненужными при переходе к земледелию. «Отвлекаемость становится полезной, когда позволяет человеку заметить в темноте едва уловимый отблеск. А принятие неожиданных решений, которые мы называем импульсивностью, — жизненно важное качество, если вы охотник». Однако для земледельца отвлекаемость и импульсивность могут быть губительны. «Если сегодня вполне подходящий день для сева пшеницы, вы не можете позволить себе отправиться на прогулку в лес только потому, что вам вдруг захотелось это сделать». Современное общество, как утверждает Хартманн, в целом поощряет психологию земледельца, награждая тех, кто разрабатывает планы, трудится по графику и управляет в срок. Но и здесь, по мнению автора, есть место для охотников, особенно для тех, кто считает себя одиночкой. Их нетрудно обнаружить среди предпринимателей, следователей, аварийного персонала, гонщиков и, конечно, среди тех, кто охотится в каменных джунглях на Уолл-Стрит.

Источник: Wallis, 1994.

Комментарий. Анализ Хартмана основан на таких характеристиках первобытного охотника, которыми он мог и не обладать. Такие теории могут выглядеть правдоподобно, но исследователи (Shelley-Tremblay & Rosen, 1996) отмечают, что примитивные охотники должны были обладать такими качествами, как умение бесшумно передвигаться, концентрация, умение затаиться и точно оценить обстановку, а не принять неожиданное решение.

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 5.4
Теории ГРДВ

Нарушения мотивации. У детей с ГРДВ отмечаются нарушения, связанные с чувствительностью к поощрениям и наказаниям; как правило, обнаруживается повышенная чувствительность к поощрениям (Barkley, 1998a). В результате такие дети ведут себя нормально, если часто получают поощрения, но в других случаях впадают в уныние и их поведение ухудшается (Carlson & Tamm, 2000; Douglas & Parry, 1994). Данные, подтверждающие эту теорию, неоднозначны, поскольку результаты исследований зависели от типа используемых процедур и поощрений (Barber, Milich & Welsh, 1996).

Нарушения активации. Детям с ГРДВ присущ патологический уровень активации: слишком высокий или, чаще, слишком низкий. Гиперактивность является следствием чрезмерной самостимуляции, возникающей в том случае, если ребенок не может поддерживать оптимальный уровень активации (Zentall, 1985). Хотя эта теория получила ряд подтверждений, она все же не является всеохватывающей моделью, учитывающей весь спектр проблем детей с ГРДВ.

Нарушения саморегуляции. Дети с ГРДВ обнаруживают существенный многоуровневый дефицит навыков мыслительной и вербальной саморегуляции поведения. Нарушения саморегуляции приводит к импульсивности, неспособности прилагать постоянные усилия для достижения цели и изменять уровень активации, а также к стремлению немедленно получить поощрение (Douglas, 1988, 1999). У некоторых детей с ГРДВ выявлено снижение функции отделов мозга, участвующих в саморегуляции (Barkley, Grodzinsky & DuPaul, 1992; Zametkin et al., 1990).

Нарушение торможения. Дети с ГРДВ (кроме тех, кто относится преимущественно к невнимательно-му типу) обнаруживают нарушения процессов **торможения поведенческих реакций**, что означает полную неспособность замедлить свои реакции на события или прекратить какое-либо действие, когда оно уже началось. Здесь уместно сравнение с баллистической ракетой, движение которой невозможно остановить после запуска (Logan, 1994). Нарушение торможения приводит ко многим проблемам, связанным с недостатками когнитивных, речевых и моторных навыков (Barkley, 1997d, 2000). Все больше научных исследований подтверждают нарушения процессов торможения у детей с ГРДВ (Barkley, 1997a; Tannock, 1998), хотя многие специфические аспекты этой теории все еще нуждаются в проверке.

Milberger, 1996; Hechtman, 1994). У мужчин, имевших в детстве ГРДВ, около трети детей подвержены этому заболеванию (Biederman et al., 1992; Pauls, 1991).

- *Исследование усыновлений.* Исследование биологически связанных и несвязанных усыновлений показали сильное генетическое влияние, объясняющее примерно половину возможных случаев нарушения внимания (van den Oord, Boomsma & Verhulst, 1994).

- *Близнецовый метод.* Как показывают близнецовые исследования, усредненная оценка передачи ГРДВ по наследству составляет 0,80 и выше (Levy, Hay, McStephen, Wood & Waldman, 1997; Tannock, 1998). И симптомы, и диагноз ГРДВ совпадали у монозиготных близнецов в 65% случаев — примерно вдвое чаще, чем у дизиготных (Gilger, Pennington & DeFries, 1992; O'Connor, Foch, Sherry & Plomin, 1980). Близнецовый метод также показал, что чем тяжелее симптомы ГРДВ, тем больше влияние наследственности (Stevenson, 1992).

- *Изучение специфического гена.* Генетические исследования доказывают, что у некоторых детей проявление ГРДВ может быть вызвано специфическим геном (Faraone et al., 1992). Внимание в основном уделялось генам допаминаминовой системы по двум причинам. Во-первых, лекарства, купирующие симптомы ГРДВ, действуют в первую очередь на допаминаминовую и норадреналиновую системы. Во-

вторых, структуры мозга, дисфункция которых вызывает симптомы ГРДВ, богаты допаминаминовой иннервацией. Предварительные исследования выявили связь между геном, кодирующим допаминаминовую передачу (dopamine transporter gene, DAT) и ГРДВ (E. H. Cook et al., 1995; Gill, Daly, Heron, Hawi & Fitzgerald, 1997). Этот ген особенно интересен потому, что многие препараты, предназначенные для лечения ГРДВ, подавляют переносчик допамина, что, возможно, указывает на то, что этот ген обуславливает реакцию организма на данное медикаментозное воздействие (Winsberg & Comings, 1999).

Проводились также целенаправленные исследования гена, кодирующего допаминаминовый рецептор (DRD4), связанный с такой личностной чертой, как поиск новых ощущений (который сопровождается импульсивностью, любопытством и возбудимостью) (Biederman et al., 1996; Ebstein et al., 1996). У некоторых детей и взрослых с ГРДВ, у которых исследовали этот ген, обнаруживался паттерн добавочных повторов тринуклеотидов («кирпичиков» ДНК и РНК) (Faraone et al., 1999; LaHoste et al., 1996). Эти повторы связаны с ослабленной реакцией на допаминаминовые сигналы и более возбудимым поведением.

Обнаружение генов, ответственных за нарушение функций допаминаминовой системы при ГРДВ, представляет значительный интерес. Это открытие согласуется с моделью, предполагающей связь между сниженной допаминаминовой активностью и поведенчески-

ми симптомами при ГРДВ. Однако следует учитывать, что в подавляющем большинстве случаев передача по наследству ГРДВ, по-видимому, является результатом сложного взаимодействия генов, расположенных в нескольких разных хромосомах.

Таким образом, результаты генетических исследований указывают на то, что ГРДВ наследуется, хотя точные механизмы пока еще неизвестны (Edelbrock, Rende, Plomin & Thompson, 1995; Levy & Hay, 1992; Tannock, 1998).

Беременность, роды и раннее развитие

С симптомами ГРДВ могут быть связаны многие факторы, неблагоприятно влияющие на развитие нервной системы до и после рождения. К ним относятся осложненное течение беременности и родов, малый вес при рождении, неправильное питание, ранние травмы и инсульты, болезни в младенческом возрасте (Milberger, Biederman, Faraone, Chen & Jones, 1996; Milberger, Biederman, Faraone, Guite & Tsuang, 1997). Хотя эти ранние факторы предшествуют более поздней симптоматике ГРДВ, доказа-

тельств их *специфичности* для данного расстройства мало. Они могут повышать риск развития многих патологических состояний, а не только ГРДВ.

Если женщина во время беременности курит, употребляет алкоголь или наркотики, это может повредить ее будущему ребенку. Например, плодный алкогольный синдром (ПАС) сопровождается малым весом при рождении, задержкой умственного развития и физическими дефектами (Streisguth et al., 1984; (см. главу 9). Употребление малых доз алкоголя перед родами хотя и не вызывает ПАС, может привести к невнимательности, гиперактивности, импульсивности и сопутствующим расстройствам поведения и научения (R. T. Brown, Coles, Platzman & Hill, 1993; Streissguth, Bookstein, Sampson & Barr, 1995). Употребляемые при беременности никотин или кокаин (включая крэк, предназначенный для курения) могут неблагоприятно влиять на развитие мозга и приводить к более частому возникновению ГРДВ и других психических расстройств (Weissman et al., 1999).

По некоторым данным, матери детей с ГРДВ употребляют больше алкоголя и курят больше, чем родители детей контрольной группы (Barkley, 1998b).



Злоупотребление психоактивными веществами часто связано с нестабильной атмосферой в семье и до, и после рождения. Поэтому довольно сложно отделить влияние факторов, предшествующих рождению, и фактора злоупотребления психоактивными веществами от кумулятивного воздействия негативной семейной атмосферы в последующем развитии.

Нейробиологические факторы

Есть прямые и косвенные доказательства существования причинных нейробиологических факторов ГРДВ (Barkley, 1998b; Faraone & Biederman, 1998). Косвенные доказательства (наблюдения, при которых не производилось снимков мозга и непосредственно

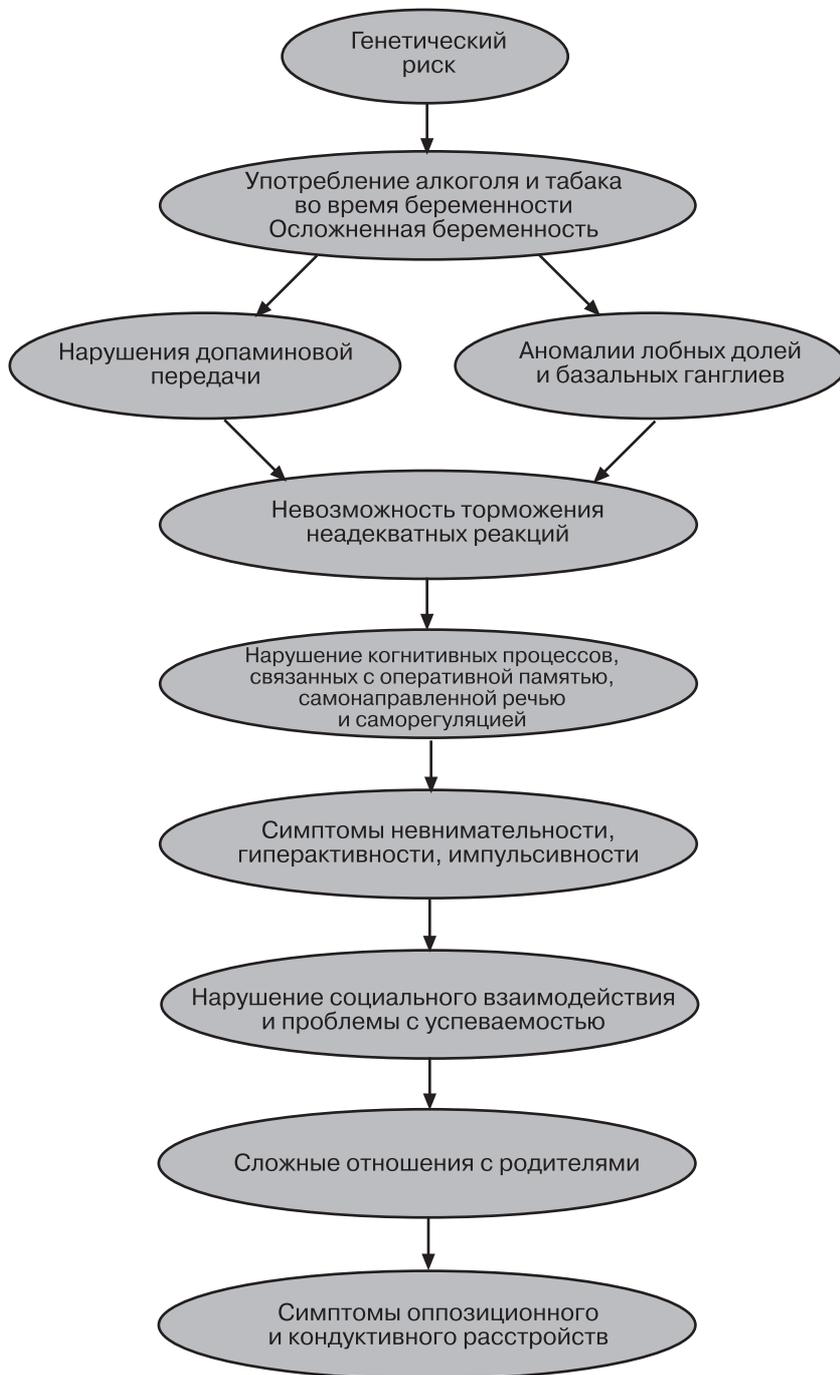


Рис. 5.2. Возможный механизм развития ГРДВ.

редственного изучения его функций) учитывают известную связь между признаками или состояниями, имеющими отношение к неврологическому статусу, и симптомами ГРДВ. Среди них:

- Пери- и постнатальные события и болезни.
- Воздействие токсических веществ внешней среды (таких как свинец).
- Расстройство речи и научения.
- Признаки неврологической незрелости, такие как неуклюжесть, недостаточное умение сохранять равновесие, плохая координация и нарушенные рефлексы.

Другими косвенными доказательствами являются: ослабление симптомов ГРДВ при приеме стимулирующих лекарств, которые, как известно, влияют на центральную нервную систему; схожесть симптомов ГРДВ и симптомов, возникающих при поражении префронтальной коры (Fuster, 1989; Grattan & Eslinger, 1991); сложности выполнения детьми с ГРДВ нейропсихологических тестов, связанных с функционированием префронтальных долей (Barkley, Grodzinsky & DuPaul, 1992). Хотя любой из этих фактов, взятый отдельно, нельзя рассматривать как доказательство, все вместе они свидетельствуют о том, что нейробиологические факторы могут являться причинными для ГРДВ.

Прямым подтверждением того, что нейробиологические факторы являются причинными для ГРДВ, стало обнаружение различий между детьми с и без ГРДВ при изучении функций мозга (Barkley, 1996, 1997a), к которым относятся:

- различия в результатах психофизиологических измерений (например, ЭЭГ, гальваническая реакция кожи, снижение частоты сердечных сокращений), доказывающие пониженную активацию;
- различия в результатах измерений активности мозга в ходе выполнения теста на выносливость (Frank, Lazar & Seiden, 1992), свидетельствующие о слабом реагировании на тестовые стимулы и недостаточном торможении реакций (Pliszka, Liotti & Woldorff, 2000);
- различия в интенсивности кровообращения в префронтальной области мозга и в путях, связующих эту зону с лимбической системой (Lou, Henriksen, Bruhn, Borner & Nielson, 1989), выявляющие пониженное кровообращение в этих зонах.

Структурные нарушения мозга. Изучение снимков мозга позволило проверить нейробиологические теории, которые объясняют причины возникновения ГРДВ. Снимки мозга, полученные методом магнитного резонанса (magnetic resonance imaging, MRI) показали наличие структурных нарушений в первую очередь в **лобно-базальной** (фронтостриальной, frontostriatal circuitry) **зоне мозга**. Эта область состоит из префронтальной коры и взаимосвязанных зон серого вещества, расположенных глубоко под корой и общеизвестных как базальные ганглии

(основные структуры). Эти отделы мозга связаны с вниманием, ведущими функциями, замедлением и программированием реакций (Castellanos, Giedd, Marsh et al., 1996). Поражение этой области приводит к симптомам, которые возникают при ГРДВ. Результаты исследований свидетельствуют о том, что у детей с ГРДВ правая префронтальная кора имеет уменьшенные размеры (Filipek et al., 1997), кроме того, у них обнаруживаются структурные нарушения в некоторых отделах базальных ганглиев (Semrud-Clikeman et al., 2000). Хотя нельзя утверждать, что нарушение функций мозга непосредственно зависит от уменьшения его размера, однако анатомические размеры лобно-базальной (фронтостриальной) зоны связаны у детей с ГРДВ с такими функциями, как торможение реакций и поддержание целенаправленного внимания (B. J. Casey et al., 1997; Semrud-Clikeman et al., 2000).

Результаты сканирования методом позитронной томографии (positron emission tomography, PET scan) свидетельствуют о том, что у взрослых и девочек-подростков с ГРДВ понижен метаболизм глюкозы в тех отделах мозга, которые тормозят импульсы и контролируют внимание (Ernst et al., 1994). Причины, по которым у девочек с ГРДВ чаще, чем у мальчиков, фиксируются нарушения метаболизма мозга, в данный момент неизвестны. Была обнаружена существенная положительная корреляция между пониженной метаболической активностью в левой передней лобной доли и тяжестью проявления симптомов ГРДВ у подростков (Zametkin et al., 1993). Эти находки крайне важны для установления связи между структурными и функциональными нарушениями определенных отделов мозга и гиперактивным-импульсивным поведением.

Таким образом, результаты исследований снимков мозга свидетельствуют о том, что нарушения в лобно-базальной зоне при ГРДВ имеют большое значение. Кроме того, мы можем сказать, что при ГРДВ обнаруживаются структурные и функциональные нарушения определенных отделов мозга, однако нам до сих пор неизвестны причины их возникновения.

Нейрофизиологические и нейрохимические исследования. У детей с ГРДВ не было выявлено достоверных различий в биохимическом составе мочи, плазмы, крови и цереброспинальной жидкости (Barkley, 1998b; Zametkin & Rapoport, 1987). Эффективное медикаментозное лечение ГРДВ указывает на то, что на нейрохимическом уровне медикаменты воздействуют на допаминовые нейротрансмиттеры и метаболизм норэпинефрина, эпинефрина и серотонина (McCracken, 1991; Swanson, Castellanos et al., 1998). Однако мы не можем делать непосредственные выводы о причинах появления симптомов ГРДВ на основании результатов медикаментозного лечения. Дефицит медикаментов или их воздействие не могут объяснять причин симптома. Так, прекращение головной боли при приеме аспирина не означает, что головная боль

вызвана недостатком аспирин. Медикаменты могут воздействовать на нейрохимические и нейроанатомические структуры, нарушение которых непосредственно не вызывает появление симптомов ГРДВ (Hinshaw, 1994a).

Диета, аллергии и свинец

Долгое время считалось, что неумеренное употребление сахара вызывает гиперактивность, Дело дошло до того, что в популярном телешоу на вопрос «Что такое сахар?» следовало ответить: «То, что вызывает гиперактивность в Северной Америке» (Barkley, 1995). Однако многочисленные исследования показали, что употребление *сахара не является причиной гиперактивности* (Milich, Wolraich & Lindgren, 1986). Так почему же примерно половина опрошенных родителей и учителей думают, что дети чувствительны к сахару? Возможно, это — сила преубеждения.

В одном из исследований матерям, уверенным в том, что их дети чувствительны к сахару, сказали, что им дадут прохладительные напитки, содержащие или сахар, или (как плацебо) заменитель сахара, аспартам. После того как дети выпили свои напитки, они и их матери некоторое время провели вместе за играми и занятиями. На самом деле никому из детей не давали сахара — все получили напитки с аспартамом. Но матери, полагавшие, что их дети получили сахар, оценивали их как гиперактивных, чего не делали те матери, которые были убеждены в том, что их детям дали аспартам. Возможно, во время игр и занятий матери, считавшие, что их детям дали сахар, были более критичны к ним, больше суетились и чаще обычного разговаривали с детьми (Hoover & Milich, 1994). Эти данные свидетельствуют о том, что точка зрения родителей на причины возникновения ГРДВ у их детей влияет на родительскую оценку и на их обращение с детьми.

Возникало немало споров о возможности возникновения ГРДВ вследствие аллергических реакций и диеты. Эта связь не получила значительных подтверждений (McGee, Stanton & Sears, 1993). В 1970-х и 1980-х годах была популярна точка зрения, согласно которой пищевые добавки вызывают у детей гиперактивность и невнимательность. Родителей убеждали в том, что необходимо избегать продуктов, содержащих искусственные красители, консерванты и сахар. Однако исследования не подтвердили то, что пищевые добавки вызывают симптомы ГРДВ (Conners, 1980; Kavale & Forness, 1983). Ограничивающие диеты могут помочь незначительной группе детей с ГРДВ, в основном дошкольникам со специфичными пищевыми аллергиями (Arnold, 1999).

Появление симптомов ГРДВ во время занятий в школе может быть вызвано отравлением небольшими дозами свинца (содержащегося в пыли, грязи и частицах краски, в местах, где использовался обогащенный свинцом бензин или краска) (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1993). Однако у большинства

детей с ГРДВ не обнаруживался повышенный уровень содержания свинца в зубах или в крови (Gittelman & Eskinazi, 1983; Kahn, Kelly & Walker, 1995). Поэтому связь между появлением симптомов ГРДВ и отравлений свинцом незначительная (Barkley, 1998b).

Таким образом, хотя считалось, что определенная диета, аллергии и свинец могут вызывать симптомы ГРДВ, их роль как причинных факторов незначительна или отсутствует.

Влияние семьи

Генетические исследования показали, что семейные психосоциальные факторы играют существенную роль менее чем в 15% случаев появления симптомов ГРДВ (Barkley, 1998b). Предположения о том, что данное расстройство вызвано исключительно негативным влиянием семьи, получили мало подтверждений (I. W. Silverman & Ragusa, 1992; Willis & Lovaas, 1977). Тем не менее влияние семьи важно для понимания ГРДВ по нескольким причинам (C. Johnson & Mash, 2001; Whalen & Henker, 1999).

- *Воздействие семейной обстановки может вызвать симптомы ГРДВ или усугубить тяжесть их проявления.* При определенных обстоятельствах, симптомы ГРДВ могут быть следствием жестокого и бесчувственного раннего воспитания (Bauermeister, Alegria, Bird, Rubio-Stipec & Canino, 1992; Jacobvitz & Sroufe, 1987). Кроме этого, у детей, предрасположенных к ГРДВ, конфликты в семье могут усилить остроту проявления симптомов гиперактивности и импульсивности до клинического уровня (Barkley, 1996). Особенно важно, насколько сочетается темперамент ребенка со стилем родительского воспитания (Chess & Thomas, 1984). Гиперактивный ребенок и несдержанный родитель — плохое сочетание. Согласно нашим наблюдениям, многие родители детей с ГРДВ сами страдают этим расстройством, а значит — симптомы ГРДВ у родителя могут с самого начала нарушить его взаимоотношения с ребенком.

- *Семейные проблемы могут быть следствием взаимодействия с импульсивным и трудно управляемым ребенком* (Mash & Johnson, 1990). Это подтверждается результатами двойного слепого эксперимента с плацебо-контролем, в процессе которого симптомы ГРДВ у детей купировались приемом стимуляторов. Снижение симптоматики ГРДВ вызывало соответствующее уменьшение негативного и контролирующего поведения, которое наблюдалось у родителей до лечения детей (Barkley, 1988; Humphries, Kinsbourne & Swanson, 1978).

- *Семейные конфликты, по-видимому, связаны с возникновением сопутствующих симптомов оппозиционно-вызывающего расстройства.* При ГРДВ многие вмешательства направлены на то, чтобы изменить паттерны семейных взаимоотношений и прекратить нарастающий цикл вызывающего поведения и конфликтов. Обстановка в семье, хотя и не являясь первопричиной ГРДВ, может оказывать существенное влияние на возникновение сопутствующих проблем и на последствия этого расстройства

(S. B. Campbell, March, Pierce, Ewing & Szumowski, 1991; Hinshaw et al., 2000).

Итак, ГРДВ имеет мощный биологический базис и для многих детей является наследственной патологией. Однако мы не можем точно указать причину этого расстройства. Вероятно, ГРДВ — результат комплексно взаимодействующих влияний. Мы лишь начинаем понимать сложные этиологические пути, через которые биологические факторы риска, семейные отношения и более широкие системные влияния взаимодействуют, определяя развитие и последствия ГРДВ (Hinshaw, 1994a; E. Taylor, 1999).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Теории, исследующие возможные механизмы и причины ГРДВ, акцентируют внимание на нарушениях мотивации, активации, саморегуляции и торможения.
- Есть убедительные доказательства того, что ГРДВ — нейробиологическое расстройство; однако степень его проявления зависит от совместного воздействия биологических факторов и факторов среды.
- Результаты близнецовых исследований, изучение семей, усыновлений и изучение специфического гена доказывают, что ГРДВ передается генетическим путем, хотя точные механизмы наследования пока неизвестны.
- Множество факторов, неблагоприятно влияющих на развитие нервной системы до и после рождения, могут быть связаны с симптомами ГРДВ (осложненное течение беременности и родов, малый вес при рождении, неправильное питание, ранние травмы и инсульты, болезни младенческого возраста).
- Было обнаружено, что ГРДВ тесно связан со структурными и функциональными нарушениями лобно-базальной области мозга. Результаты исследований снимков мозга показали, что у детей с ГРДВ существуют структурные и функциональные нарушения (выражающиеся в снижении активности) определенных зон мозга. Однако нам неизвестны причины этих явлений. Эффективное медикаментозное лечение при ГРДВ указывает на то, что медикаменты воздействуют на допаминовые трансмиттеры и метаболизм норэпинефрина, эпинефрина и серотонина; однако мы не можем непосредственно установить причину ГРДВ только на основании действия лекарств.
- Хотя считалось, что диета, аллергии и свинец могут вызывать симптомы ГРДВ, их роль как причинных факторов незначительна или отсутствует.
- Психосоциальные семейные факторы обычно не вызывают ГРДВ; однако они важны для понимания этого расстройства. Проблемы в семье могут усугублять тяжесть симптомов и становиться причиной появления сопутствующих поведенческих проблем.

ЛЕЧЕНИЕ

Марк: Лекарственная и поведенческая терапия

В третьем классе учительница Марка подняла руки вверх и сказала: «Довольно!» В то утро Марк вскакивал со своего места шесть раз, чтобы поточить карандаш, каждый раз случайно задевая парты других детей и роняя их книги и тетради. В конце концов его отправили в кабинет директора (после того, как он начал пинать парту, которую опрокинул). В отчаянии учительница организовала встречу родителей мальчика и школьного психолога.

Но даже после того как они разработали план, контролирующий его поведение в классе, у Марка наблюдалось лишь незначительное улучшение. В итоге, после длительных наблюдений, специалисты обнаружили дефицит внимания и гиперактивность. Ребенок стал принимать Ritalin™ — препарат, сдерживающий гиперактивность в течение школьных часов. С помощью психолога родители научились поощрять желаемое поведение и останавливать Марка, если он начинал очень мешать. Скоро Марк уже мог сидеть спокойно на уроках и концентрировать внимание на учебе (адаптировано из NIH, 1994a).

Лиза: Поведенческая терапия и консультирование

Во время школьных занятий Лиза вела себя спокойно и не привлекала к себе особенного внимания, поэтому прошло немало времени, прежде чем учителя заметили возникшие проблемы. Лизу впервые направили на обследование, когда ее учитель понял, что она талантливая девочка, получающая плохие оценки. Комиссия исключила неспособность к учебе, но установила, что у девочки синдром дефицита внимания без гиперактивности. Школьный психолог выявил, что Лиза страдает еще и от депрессий.

Учителя Лизы и школьный психолог разработали план лечения, который включал программу, направленную на повышение устойчивости внимания и развитие социальных навыков. Кроме этого, они рекомендовали консультирование, которое поможет Лизе понять свои сильные стороны и преодолеть депрессивность (адаптировано из NIH, 1994a).

Хотя нет универсального средства лечения ГРДВ, специалисты используют различные терапевтические методы, помогающие детям, подобным Марку и Лизе, совладать со своими симптомами и справиться с сопутствующими проблемами, которые могут возникнуть (Barkley, 1998b; Hinshaw, 2000). В табл. 5.2 пред-

ставлен обзор этих методов. Начальная терапия (рекомендованная в издании *Consumer Reports* 1997 года) сочетает стимулирующие медикаменты, тренинг родительской компетентности и педагогическую коррекцию (Pelham, Wheeler & Chronis, 1998). В настоящее время создана интенсивная летняя лечебная программа, которая использует основные терапевтические методы. Дополнительные методы лечения, которым здесь уделено меньше внимания, включают семейное консультирование, индивидуальное консультирование ребенка и использование группы поддержки, а также тренинг социальных навыков и когнитивно-поведенческий тренинг самоконтроля (Barkley, 1998a).

В основе любой программы лечения детей с ГРДВ должно лежать несколько ключевых положений:

- Наиболее эффективно интенсивное, продолжительное вмешательство с использованием нескольких сочетающихся методов.
- Лечение должно быть хорошо организовано и проходить в упорядоченной, структурированной обстановке, которая компенсирует ребенку его недостаток организационных навыков.
- Лечение должно быть направлено на устранение тех форм поведения, которые возникают в естественных жизненных ситуациях, например в классе или дома (Barkley, 1998a).

- Эффективное вмешательство должно соответствовать уровню развития ребенка, учитывать его индивидуальные сильные стороны, а также нужды ребенка и его семьи (Waschbusch, Kipp & Pelham, 1998).

Медикаментозное лечение: острая полемика

*Шестилетний Пит размышляет:
Если я буду пить лекарство,
то не стану гиперфреником
(Henker & Whalen, 1980)*

Использование стимуляторов для лечения ГРДВ у детей вызывает много споров (Jacobvitz, Sroufe, Stew & Leffert, 1990). Большинство из вас, по-видимому, уже имеет представление о стимуляторах и ГРДВ. Возможно, о них написали слишком много. Они позволяют добиться быстрого эффекта, но не позволяют детям оставаться детьми и зачастую применяются не по назначению. Давайте рассмотрим роль стимуляторов и обсудим те споры, которые ведутся вокруг них.

Стимуляторы. Стимулирующие препараты (стимуляторы) используются для лечения ГРДВ после случайного открытия их эффективности в 1930-х годах (см. врезку 5.6). Стимуляторы — наиболее изу-

Таблица 5.2 Лечение детей с ГРДВ

НАЧАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ
Стимуляторы	Устранение симптомов ГРДВ, проявляющихся в школе и дома
Тренинг родительской компетентности	Устранение деструктивных форм поведения дома, преодоление конфликта между родителем и ребенком, обучение социально-приемлемым формам поведения и навыкам саморегуляции
Педагогическая коррекция	Устранение деструктивных форм поведения в классе, повышение успеваемости, обучение социально-приемлемым формам поведения и навыкам саморегуляции
ИНТЕНСИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ
Летние лечебные программы	Улучшение результатов, достигнутых дома, и повышение успеваемости в будущем за счет использования сочетающихся методов начального и дополнительного лечения по интенсивной программе
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ
Семейное консультирование	Устранение индивидуальных и семейных стрессов, связанных с ГРДВ, включая расстройства настроения и супружеские ссоры
Группы поддержки	Знакомство с родителями других детей, имеющих ГРДВ, обмен информацией и опытом разрешения общих проблем, получение эмоциональной поддержки
Тренинг социальных навыков	Обучение стратегиям преодоления конфликтов во взаимоотношениях и налаживания позитивных взаимодействий с взрослыми и ровесниками
Когнитивно-поведенческий тренинг самоконтроля	Умение оценивать проблемные ситуации и приобретение навыков управления когнитивными и поведенческими реакциями в этих ситуациях, обучение стратегиям самоподкрепления и преодоления симптомов ГРДВ
Индивидуальное консультирование	Установление доверительных отношений, при которых ребенок может обсудить свои собственные дела и чувства

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 5.5

Открытие математических пилюль

Использование стимулирующих препаратов для лечения детей, имевших расстройства научения и поведения, впервые было описано в 1937 году Чарльзом Брадлеем, главным врачом небольшой детской психиатрической клиники. Доктор Брайлей описал резкое улучшение состояния некоторых детей, которых лечили бензедрином. Однако эффективность этого препарата, устранявшего симптомы поведенческих расстройств, была обнаружена случайно. Д-р Брайлей был очень добросовестным врачом, в его практику тщательно внедрялись новейшие разработки. Эти разработки включали спинальную пункцию, после которой обычно начинались продолжительные и тяжелые головные боли. Предполагалось, что они связаны с потерей цереброспинальной жидкости. Д-р Брайлей полагал, что если бы он смог усилить секрецию цереброспинальной жидкости за счет стимуляции сосудистого сплетения (choroid plexus), головные боли проходили бы быстрее. Он решил проверить эту гипотезу и выбрал наиболее действенный в то время стимулятор, бензедрин (в настоящее время этот тип сильных стимуляторов не используется). Головные боли устранить не удалось, но, к его удивлению, учителя отметили существенное улучшение в учебе и поведении у многих детей, которое длилось до тех пор, пока они принимали бензедрин. Сами дети сообщали, что им стало значительно легче учиться, и называли препарат «математическими пилюлями», поскольку математика была для них самым сложным предметом, а улучшение в учебе было наиболее заметно по этому предмету.

Источник: *адаптировано из Gross, 1995.*

ченное и наиболее эффективное средство для устранения симптомов ГРДВ и сопутствующих расстройств (Spencer, Biederman & Wilens, 2000). Для лечения детей применяются два наиболее эффективных стимулятора — **дексстроамфетамин** (Dexedrine или DextrostatTM) и пока наиболее часто используемое лекарство **метилфенидат** (Ritalin). Эти препараты изменяют активность лобно-базальной области, воздействуя на нейротрансмиттеры, которые имеют большое значение для работы этого отдела мозга (Plizska, McCracken & Maas, 1996; Volkow et al., 1997). Примерно у 80% детей с ГРДВ стимуляторы значительно улучшают непрерывное внимание, контроль импульсивности и повышают эффективность целенаправленных действий, снижая отвлекаемость и устраняя шумное и деструктивное поведение (Swanson, McBurnett, Christian & Wigal, 1995).

Кроме этого, стимуляторы могут улучшать социальные взаимодействия ребенка с родителями, учителями и ровесниками (Danforth, Barkley & Stokes, 1991), а иногда — физическую координацию при письме и в занятиях спортом (Lerer, Lerer & Artner, 1977). Стимуляторы помогают детям с ГРДВ контролировать проявления неуступчивого, деструктивного или агрессивного поведения (D. A. Murphy, Pelham & Lang, 1992). Стимуляторы повышают успеваемость, уменьшая количество и качество возникающих проблем (Rapport & Kelly, 1993).

Поскольку стимуляторы помогают не всем детям, необходимо их дальнейшее изучение (Barkley, 1997b). Решение об использовании стимуляторов принимается с учетом возраста ребенка (они действуют более эффективно на детей старше 5 лет), продолжительности и тяжести симптомов, успешности предыдущего лечения и при условии отсутствия злоупотребления стимуляторами в семье. Также важно знать, насколько ответственно родители относятся к медикаментозной терапии, и будут ли

использовать лекарства в соответствии с рекомендациями врача (Barkley, 1998b).

Стимулирующие препараты, если их использовать грамотно и в соответствии с предписаниями, обычно относительно безопасны. У некоторых детей могут отмечаться побочные эффекты в виде потери веса, снижения аппетита, временного замедления роста, нарушения сна. Тем не менее потенциальные побочные эффекты можно выявить (при правильном наблюдении) и часто ликвидировать путем снижения дозы. Хотя к стимуляторам при злоупотреблении или неправильном использовании может выработаться пристрастие (одно из жаргонных названий риталина — витамин R), оно не появляется у большинства детей, принимающих их. Стимуляторы редко делают детей веселыми, нервными, прыгучими и не превращают их в бесчувственных зомби.

Некоторые дети могут сообщать, что при приеме лекарств им становится «весело», они чувствуют себя «по-другому», испытывают скуку или легкую печаль, но эти ощущения не имеют ярко выраженной окраски и обычно связаны с передозировкой. Большинство детей, принимавших препараты (в особенности метилфенидат), воспринимали лечение как полезное и даже обнаруживали повышение самооценки (DuPaul, Anastopoulos, Kwasnik, Barkley & McMurray, 1996). Однако некоторые также отмечали негативные ощущения от приема лекарств, иногда связанные с побочными эффектами, но чаще — со смущением или с мыслями о том, что они «другие, не такие, как все» (G.Weiss & Hechtman, 1993).

Я войду в класс и устрою им всем веселую жизнь, а моя учительница подумает, что я опять становлюсь гиперактивным, и спросит у меня: «Брайлей, ты, наверное, забыл принять свои таблетки?» А я отвечу: «Нет!» (Whalen & Henker, 1976).

Родители, учителя и специалисты должны помочь детям чувствовать себя комфортно при ежедневном приеме лекарств. Могут помочь сравнения медикаментов с очками, подтяжками или лекарствами от аллергии. Детей может тревожить мысль о том, что только прием лекарств позволяет им быть более внимательными.

После того как ребенок начал принимать медикаменты, может наступить быстрое улучшение. Избегайте говорить при нем о том, что изменения в его поведении произошли вследствие приема лекарств, это может заставить ребенка чувствовать себя беспомощным и некомпетентным. Улучшения в любом случае являются результатами усилий самого ребенка, раскрывающих его потенциал и возможности. Как выясняется, дети с ГРДВ чаще склонны объяснять достигнутые успехи собственными усилиями, а не приемом лекарств, хотя и отмечают, что чувствуют себя лучше после приема препарата (Pelham et al., 1992). Сообщения о том, что медикаменты вызывают у детей негативное к ним отношение, ощущение беспомощности и другие неблагоприятные эффекты, не подтвердились при контрольном исследовании (Pelham, Hoza, Kipp & Gnagy, 1997).

Краткосрочные улучшения, возникающие после приема, подтверждаются многочисленными исследованиями (Spencer et al., 2000). К сожалению, последующие наблюдения обнаружили, что стимуляторы не оказывают долгосрочного воздействия и не позволяют окончательно разрешить проблемы, связанные с успеваемостью, взаимодействием со сверстниками, поведенческими расстройствами в подростковый период и адаптацией в возрасте после 20 лет (Pelham, 1993). Стимуляторы оказывают временный эффект, который наблюдается лишь до тех пор, пока ребенок принимает препарат. В этом смысле использование стимулятора похоже на лечение других хронических заболеваний, например диабета с помощью инсулина; такое лечение не предполагает долгосрочного разрешения проблем. Многие молодые люди, принимающие стимуляторы, не могут избавиться от серьезных поведенческих проблем, несмотря на годы медикаментозного лечения. Слабый долговременный эффект стимуляторов вызывает серьезные споры по поводу их использования в клинической практике, и споры эти не прекращаются до сих пор (Safer, 2000b).

Полемика. Использование риталина в Северной Америке возросло с 1990 года более чем в 2 раза; подсчитано, что около 1,3 млн детей (более 3% школьников) регулярно принимают это лекарство (Nanscock, 1996b; Safer, Zito & Fine, 1996). Более того, риталин в Северной Америке используется в 5 раз чаще, чем в остальном мире. Можно указать несколько возможных причин повышенного использования этого препарата (Goldman, Genel, Bezman & Slanetz, 1998), среди которых расширение диагностических критериев ГРДВ и более часто применение стимуляторов среди девочек и взрослых. Поскольку измененное законодательство предоставляет лицам с ГРДВ право на улучшенное медицинское обслужи-

вание, многие стремятся получить этот диагноз, что также приводит к увеличению показателей по применению стимуляторов.

Учитывая возрастающее массовое употребление стимуляторов для лечения ГРДВ в Северной Америке, можно сделать предположение о том, что данный диагноз ставится неоправданно часто, что приводит к использованию стимуляторов не по назначению (Safer, 2000a). Статистика свидетельствует о применении стимуляторов в различных регионах, социальных и этнических группах, поэтому можно говорить о значительной вариативности клинической практики и неоднозначной трактовке диагностических критериев ГРДВ (Safer & Malever, 2000). Исследования установили, что зачастую использование стимуляторов не соответствует данным диагностики. Например, одно из наблюдений выявило частоту распространенности ГРДВ, равную 5% (P. S. Jensen et al., 1999). Поскольку лишь 12% детей, отвечающих диагностическим критериям DSM, получают препараты, был сделан вывод о том, что многие пациенты, состояние которых могло бы улучшиться в результате приема стимуляторов, не получают их. Напротив, другие исследования сообщают об астрономически высокой частоте постановки диагноза ГРДВ и использования стимуляторов — распространенность до 63%, использование 20% пятиклассников в некоторых школах (Angold, Erkanli, Egger & Costello, 2000; LeFever, Dawson & Morrow, 1999).

Несмотря на многие методологические различия и ограниченность всех этих данных, можно сделать вывод о том, что стимуляторы в данный момент используются *неадекватно*, — слишком редко в одних случаях и слишком часто в других. Нам необходимо лучше понимать причины, по которым ставится диагноз ГРДВ и принимается решение об использовании стимуляторов, чтобы в дальнейшем исключить их применение не по назначению. Этого можно достичь путем улучшения медицинского образования и подготовки профессиональных специалистов (P. S. Jensen, 2000).

После всех этих долгих споров мы так и не пришли к окончательному выводу. Конечно, стимуляторы следует назначать, но при этом проводить тщательное наблюдение. Необходимо постоянно поддерживать связь с родителями и со школьным персоналом. Однако далеко не всегда это удается осуществить» (Ken and Andrea McClusky, 2000, с. 11).

Несмотря на ограниченное воздействие, стимуляторы остаются наиболее эффективным средством лечения, купирующим симптомы ГРДВ. Поскольку стимуляторы не могут применяться постоянно в течение всего дня, а также не позволяют разрешить сопутствующие проблемы, необходимы также другие ранние вмешательства, такие как тренинг родительской компетентности и педагогическая коррекция.

Тренинг родительской компетентности (ТРК)

Быть родителем ребенка, который гиперактивен, неорганизован, раздражителен, не слушает вас или не следует указаниям, тяжело и утомительно. Обычные воспитательные приемы (убеждение, угрозы и порицания) часто не действуют. Таким образом, родители могут чувствовать себя бессильными и не знать, что им делать. Теряя над собою контроль, они могут кричать на ребенка, осмеивать или бить его, хотя и понимают, что такие действия ни к чему хорошему не приведут. Неразрешенные проблемы усугубляются, усиливая свое негативное воздействие на всех членов семьи. **Тренинг родительской компетентности (ТРК)** позволяет родителям приобрести следующие необходимые им навыки:

- Преодоление непослушания и устранение вызывающего поведения ребенка.
- Адаптация к эмоциональным трудностям, вызванным воспитанием ребенка с ГРДВ.
- Контроль над ситуацией, исключая экспансию существующих проблем.
- Защита других членов семьи от воздействия неблагоприятных факторов.

Родителям в первую очередь рассказывают о специфике ГРДВ, чтобы они понимали биологическую основу этого расстройства. Это помогает убедить родителей в том, что они не являются виновниками возникших проблем. Кроме этого, родителей знакомят с общими принципами воспитания ребенка с ГРДВ, учат их постоянно использовать свое влияние на ребенка, планировать и добиваться последовательности в своих действиях, не персонализировать проблемы ребенка и уметь прощать его (Barkley, 1995).

Затем родителей обучают техникам, позволяющим изменять поведение ребенка. Они узнают, как идентифицировать те формы поведения, которые они хотят поощрить или предотвратить, как использовать поощрения и наказания для достижения определенных целей, как установить дома жетонную систему. Их учат умению замечать то, что ребенок делает хорошо, и умению хвалить ребенка за его достоинства и достигнутые успехи. Кроме этого, родители обучаются использовать систему штрафов (пенальти) за деструктивное поведение (таких как потеря привилегий или тайм-аут) и справляться с непослушанием в общественных местах. Родители также могут научиться использовать программы поощрения, основанные на системе школа—дом, при которых учителя оценивают их детей в карте ежедневной записи. Эти карты служат для того, чтобы дома родители использовали поощрения или наказания (обычно жетоны), учитывающие поведение ребенка в классе. И, наконец, родители учатся, как справляться с плохим поведением в дальнейшем, и посещают группы поддержки (Barkley, 1998a).

Родителям рассказывают о том, как ежедневно заниматься с ребенком так, чтобы эти занятия принесли совместное удовольствие. Они учатся так организовывать его деятельность, чтобы успех ребенка был максимален, а неудачи — минимальны. Например, если ребенку сложно выполнить задание, необходимо разбить его на несколько меньших частей и радоваться завершению каждой части. Родителей обучают также снижать собственную раздражительность путем релаксации, медитации или физических упражнений. Пониженная раздражительность и агрессия позволяют родителям реагировать на поведение ребенка более спокойно.

Многие исследования подтверждают эффективность ТРК, который позволяет справиться с проявлениями оппозиционного и вызывающего поведения ребенка (Kazdin, 1993c); однако преимущества этого метода и долгосрочность его воздействия еще не изучены. Мы можем говорить о том, что эффект от стимуляторов в лечении первичных симптомов ГРДВ так же силен или сильнее, чем от ТРК, но ТРК позволяет разрешать сопутствующие проблемы (Barkley, 1998a; P. S. Jensen, 1999).

Педагогическая коррекция

Алан: Школьная изоляция

Моя учительница хотела, чтобы я уделял больше внимания занятиям, и вот однажды она посадила меня за парту в дальнем углу, отделенном от остального класса. Прошло несколько дней. Я все еще не мог закончить работу вовремя, хотя и очень старался. Мою учительницу это не волновало, работа так и не была завершена. Тогда она отгородила мою парту картонной коробкой из-под холодильника так, чтобы я никого не видел. Я мог слышать, как другие дети в классе посмеиваются надо мной. Это сильно меня задевало; мне было стыдно за себя, и я очень злился на свою учительницу. Я не мог рассказать об этом маме, потому что возникли бы проблемы. Я ненавидел школу, не любил свою учительницу и начинал не любить себя... Каждое утро я с грустью шел в школу. Прошла неделя, я проковырял дырки в картоне, который отделял меня от всего класса, чтобы посмотреть — кто смеется надо мной. Я начал плевать из трубочки через дырки, отчего другие дети смеялись. Учительница получила возможность разозлиться по-настоящему. Я стал школьным клоуном. Меня выгнали на два дня. Когда моя мама узнала, что происходит, она была очень рассержена. Мама злилась на учительницу, которая смогла так поступить со мной, на директора, который допустил это, и на то, что никто так и не увидел, до чего это меня довело (адаптировано из Barkley, 1995).

Выполнение школьных требований — нелегкое испытание для детей с ГРДВ. Таким детям очень трудно сидеть спокойно, быть внимательным, слу-

шать указания, ждать своей очереди, выполнять задания и общаться с одноклассниками. Их невнимательность, гиперактивность и импульсивность значительно осложняют обучение. Хотя некоторых детей с ГРДВ помещают в специальные классы на весь день или часть дня, большинство остаются в обычных классах. Предпочтительнее оставлять детей с ГРДВ среди своих сверстников, если это только возможно.

Педагогическая коррекция ориентирована на преодоление симптомов невнимательности, и гиперактивности и импульсивности, мешающих учебе, и на создание такой атмосферы на уроке, которая усиливала бы возможности ребенка. Техники по управлению поведением на уроке сходны с теми, которые рекомендуются родителям. Учитель и ребенок определяют реалистичные задачи, на основе взаимной договоренности разрабатывают систему поощрений (учитель тщательно следит за действиями ребенка в школе) и награждает его за достижение целей. Деструктивное или рассеянное поведение в классе наказывается потерей привилегий, изъятием жетонов, мягкими санкциями или коротким периодом тайм-аута.

Процедуры оценки ответа включают в себя лишение привилегий, очков или жетонов. Такие санкции применяются в случаях неадекватного поведения и часто используются для преодоления деструктивности. Эти процедуры доказали свою эффективность в устранении деструктивных форм поведения на уроках и в повышении успеваемости (DuPaul, Guevremont & Barkley, 1992; Pfiffner & Barkley, 1998).

Многие стратегии по обучению детей с СДВ представляют собой хорошо разработанные преподавательские методики. Они объясняют ребенку, чего от него хотят; используют зрительный анализатор, подсказки о том, как нужно себя вести; письменный и устный инструктаж. Все это помогает детям сосредоточить внимание и запомнить важные моменты. Кроме того, дети с ГРДВ могут нуждаться в дополнительной адаптации. Например, учитель может усадить ребенка рядом со своим столом, предоставив зону, в пределах которой ребенок может передвигаться, установить понятную систему правил и чаще подсказывать ребенку, как нужно себя вести. Карточка или картинка на парте может служить в качестве визуального подкрепления, напоминая ребенку о том, как нужно себя вести, например, поднимать руку, а не выкрикивать. Повторение инструкций, дополнительные занятия, запись заданий на доске, просмотр книг и материалов, необходимых для выполнения задания, позволяют детям с ГРДВ лучше справляться с поставленными перед ними задачами (DuPaul & Stoner, 1994; Pfiffner & Barkley, 1998).

Педагогическая коррекция оказывает в целом положительный эффект при обучении детей с ГРДВ, позволяя преодолевать деструктивные формы поведения в школе и повышая успеваемость (DuPaul & Eckert, 1997).

Интенсивные вмешательства

Летняя лечебная программа. Для ГРДВ не существует методов быстрого лечения. По-видимому, для

достижения долгосрочных результатов требуется более интенсивное лечение, чем использовалось ранее. С этой целью Вильямом Пельхамом и его коллегами (Pelham et al., 1996; Pelham & Noza, 1996) была разработана интенсивная летняя программа. Лечение детей от 5 до 15 лет проводится в летнем лагере, где ребята имеют возможность общаться и на уроках, и после занятий во время отдыха. Летняя программа имеет два существенных преимущества перед другими методами лечения: она увеличивает до максимума возможности наладить эффективные взаимоотношения со сверстниками и позволяет продолжить учебу, чтобы наверстать упущенное в школе. С целью достижения большего лечебного эффекта программа сочетается с применением стимуляторов, тренингом родительской компетенции и педагогической коррекцией (Pelham et al., 1996).

Летняя лечебная программа разбивает 360 часов лечения на периоды по 8 недель; что по времени равноценно семилетней еженедельной терапии. Оценки родителей и консультантов свидетельствуют о том, что у детей, принявших участие в программе, наблюдается общее улучшение поведения, успеваемости, навыков социального взаимодействия и уменьшение тяжести имевшихся до этого проблем. У детей улучшалась самооценка своих действий, а родители отмечали повышение у них самоотдачи. Лечение прерывалось крайне редко и вполне удов-



Дети с СДВ, принимающие участие в летней лечебной программе.

летворяло детей и родителей. По сравнению с другими методами, эта программа достаточно недорогая. Предварительные результаты контрольных исследований многообещающи (Pelham et al., 2000); однако слишком рано утверждать, приведет ли эта разновидность интенсивных программ к долговременным изменениям.

Мультимодальное исследование лечения детей с ГРДВ — масштабное исследование, спонсируемое Национальным Институтом Психического Здоровья США (NIMH) и Министерством Просвещения (Arnold, Abikoff, Cantwell et al., 1997; Richters et al., 1995). Оно представляет собой первую крупную клиническую проверку детей с ГРДВ. Исследование ищет ответы на три вопроса: Как длительная медикаментозная и поведенческая терапии сочетаются друг с другом? Есть ли дополнительные преимущества их совместного использования? В чем эффективность систематического, тщательно подбираемого лечения по сравнению с обычным лечением, предусмотренным государственными программами? (MTA Cooperative Group, 1999).

Детям в возрасте от 7 до 9 лет с тщательно проведенным диагнозом ГРДВ случайным образом назначили один из четырех следующих методов лечения, оценка которых проводилась через 9 и 14 месяцев лечения:

- *Поведенческая терапия.* Тридцать пять сеансов тренинга родительской компетентности, до 10 визитов к учителю/в школу в год, 12-недельная поддержка в классе и участие в летней лечебной программе.
- *Медикаментозное лечение.* Прием психостимуляторов 7 дней в неделю.
- *Сочетание поведенческой и медикаментозной терапии.*
- *Обычное лечение,* которое предусмотрено государственными лечебными учреждениями (контрольная группа).

Главным результатом этого исследования стало то, что во всех группах отмечалось ослабление симптомов ГРДВ с течением времени, но в изменениях симптомов в разных группах наблюдались существенные различия. Во-первых, медикаментозное лечение давало больший эффект, по сравнению с поведенческой терапией и обычным лечением, в купировании симптомов ГРДВ. Во-вторых, сочетание поведенческой терапии с медикаментозной не привело к дополнительному снижению собственно симптоматики ГРДВ, но помогло справиться с симптомами сопутствующих расстройств и заметно улучшило функционирование (MTA Cooperative Group, 1999).

Хотя начальные результаты мультимодального исследования представляют убедительные доказательства эффективности медикаментозной терапии, позволяющей устранять симптомами ГРДВ, однако еще остаются некоторые вопросы. Одно из самых

критических замечаний, раздавшихся в адрес этого исследования, акцентирует внимание на том, что изучение результатов поведенческой терапии проводилось через 4–6 месяцев по окончании наиболее интенсивной фазы, тогда как итог медикаментозного лечения замерялся во время наиболее интенсивной фазы (Pelham, 1999). Другие споры вызваны неопределенностью критериев оценок и сравнений: не ясно, что следует оценивать, у каких детей (например, у мальчиков по сравнению с девочками, у детей, обнаруживающих или не обнаруживающих сопутствующие патологические процессы, и т. д.) и в каких областях деятельности (взаимодействия в семье, в школе, со сверстниками) лечение наиболее эффективно (см. S.M. Campbell, 2000b). Похоже, что результаты мультимодального исследования будут еще некоторое время обсуждаться (Cunningham, 1999). Какие бы выводы не были сделаны, уже сейчас можно сказать, что нам предстоит пройти еще долгий путь, прежде чем удастся ответить на все вопросы и разрешить проблемы, связанные с ГРДВ и другими детскими расстройствами (Boyle & Jadad, 1999).

Дополнительные вмешательства

Для оказания поддержки детям с ГРДВ и их родителям используются также другие вмешательства. Среди них — семейное консультирование, группы поддержки и индивидуальное консультирование ребенка. (Краткий обзор этих и других дополнительных вмешательств можно найти в табл. 5.2).

Семейное консультирование и группы поддержки. Многие семьи детей с ГРДВ нередко испытывают разочарование, чувство вины и злость. Как мы уже говорили, поскольку родители уделяют больше времени детям с ГРДВ, их братья и сестры могут чувствовать себя заброшенными или обиженными. Члены семьи могут сами нуждаться в специальной психологической помощи. Консультирование помогает всем членам семьи приобрести необходимые навыки взаимодействия и более эффективные способы общения.

Группы поддержки оказывают значительную помощь людям, так или иначе связанным с ГРДВ. Существует многочисленные районные и национальные группы поддержки, состоящие из родителей, чьи дети страдают ГРДВ. Члены группы оказывают друг другу эмоциональную поддержку, обмениваются информацией, опытом разрешения личных проблем, адресами специалистов, говорят о своих успехах и надеждах. Существует также электронные страницы в Интернете, на которых публикуются бюллетени и материалы дискуссионных групп. Обмен опытом с другими людьми, имеющими те же проблемы, помогают родителям избегать чувства одиночества.

Ян: Скрытая боль

Никто не должен был знать о том, что я не такой, как все. Я никому не мог об этом рассказать.

И я обещал себе, что больше никто не увидит моих слез. Вот если бы у меня было хотя бы несколько друзей, они защитили бы меня. И никто из детей не осмелился бы дразнить меня и называть тупицей... Я отчаянно пытался сохранить свое достоинство, отчаянно скрывал, что со мной что-то не так. И это отчаяние преследовало меня все мое детство... (Murray, 1993).

Индивидуальное консультирование. Жизнь может быть очень тяжелой для детей с ГРДВ. Они редко достигают хороших результатов, которые позволяют сохранять чувство собственной компетентности. Возможно, именно из-за этого, даже в тех случаях, когда им все же удается достичь успеха, они объясняют его неконтролируемыми факторами, такими как легкость задания или удача (Noza, Waschbusch, Pelham, Molina & Milich, 2000). Им очень часто приходится подвергаться наказанию и слышать обвинения в том, что они глупые или плохие. У них мало друзей и много проблем. Воздействие стрессов может привести к тому, что они будут чувствовать себя изолированными, считать себя ненормальными, глупыми и обреченными на неудачу. Индивидуальное консультирование пытается разрешить эти проблемы. Дети обычно приходят на консультацию с большим количеством вопросов о ГРДВ и лечении, которые решаются на первом и последующих сеансах (врезка 5.7).

В процессе консультирования дети учатся находить и развивать свои сильные качества. Они начинают понимать, что иметь ГРДВ не означает быть плохим. Они обсуждают возникающие мысли и чувства, изучают паттерны собственного поведения и учатся адаптивным методам управления своими эмоциями. Обсуждение проблем и практические действия позволяют детям понять, что они могут измениться и жить более счастливо и продуктивно.

Комментарий по поводу спорных методов лечения

Понятно, что родители детей с ГРДВ хотят испытать все возможные варианты помощи. В последние годы появилось много методов лечения, которые могут внушать доверие. Некоторые из них с энтузиазмом поддерживаются профессионалами, а отдельные пациенты сообщают о потрясающем улучшении. Другие — чистейшее шарлатанство. Научно обоснованные методы лечения, предлагаемые детям с ГРДВ, включают ограниченную диету, лечение аллергии, лекарственную терапию заболеваний внутреннего уха, лечение грибковых инфекций, применение мультивитаминов, разработку кисти, укрепление костей, тренировку глаз, специальные цветные очки, терапию с использованием метронома и биологическую обратную связь. Ложные методы лечения, как правило, дороги, дарят несбыточные надежды на быстрое выздоровление и замедляют воздействие эмпирически подтвержденных методов, эффективность которых известна.

Перспективы

Алан: Есть люди, которые любят меня

Я уже взрослый, и мне многое пришлось испытать. Мама говорит, что у меня доброе сердце; я забочусь о тех, кто нуждается. Я не глуп. Не всегда можно оценить интеллект с помощью тестов. Мне кажется, теперь у меня все стало получаться гораздо лучше, чем раньше. Мне помогают беседы с понимающими людьми. Я пытаюсь сказать вот что: неважно, куда я приду. Я выживу. У меня есть те, кто меня любит, и это делает меня сильнее (адаптировано из Barkley, 1995).

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 5.6 Вопросы, которые задают дети и подростки с ГРДВ

Дети в возрасте от 4 до 10 лет:

Я только что понял, что у меня ГРДВ. Как я могу сохранить это в секрете от моего брата?

Я слышал, ГРДВ означает, что ты обречен. Это правда?

Правда ли, что если имеешь ГРДВ, то можешь думать быстрее остальных?

Поможет ли мне медицина стать умнее?

Подростки в возрасте от 11 до 17 лет:

Почему вы уверены, что это лечение не опасно?

Посоветуйте, что мне делать. Я чувствую себя отверженным, потому что у меня ГРДВ.

Как долго у меня будет ГРДВ?

Как я могу уверить учителя в том, что ГРДВ существует и влияет на мою учебу?

(Источник: адаптировано из Hallowell & Ratey, 1994).

У детей и подростков с ГРДВ есть проблемы. Не надо их преуменьшать, это может препятствовать больным в получении помощи. Однако, как показывает комментарий Алана, помогая страдающим ГРДВ и их семьям, нельзя упускать из виду тот факт, что в них самих заложено много сильных качеств и ресурсов, которые надо находить и поддерживать.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Хотя ГРДВ неизлечим, специалистами используются различные методы лечения, помогающие детям справляться со своими симптомами и разрешать сопутствующие проблемы, которые могут возникнуть с годами.
- Начальное лечение включает в себя назначение стимуляторов, тренинг родительской компетентности и педагогическую коррекцию.
- Стимуляторы являются самым эффективным средством купирования симптомов ГРДВ; однако их недолговременный эффект вызывает серьезные споры по поводу их клинической пользы, и споры эти до сих пор не разрешены.
- Тренинг родительской компетентности (ТРК) предлагает в помощь родителям разнообразные навыки, помогающие им устранять оппозиционные формы поведения, справляться с непослушанием и преодолевать трудности, возникающие в воспитании ребенка с ГРДВ.
- Педагогическая коррекция ориентирована на устранение невнимательности, гиперактивности и импульсивности, мешающих учебе, и на создание такой атмосферы на уроке, которая усиливала бы возможности ребенка.
- Мультимодальное исследование, сравнивавшее результаты интенсивных методов лечения ГРДВ, выявило, что во всех группах отмечалось ослабление симптомов ГРДВ с течением времени, но в изменении симптомов наблюдались существенные различия при сравнении разных групп.
- Дополнительные вмешательства при ГРДВ включают семейное консультирование, группы поддержки и индивидуальное консультирование ребенка.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

синдром гиперактивности и дефицита внимания (ГРДВ) (attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD))

невнимательность (inattentive)

гиперактивность (hyperactive)

импульсивность (impulsive)

объем внимания (attentional capacity)

избирательность внимания (selective attention)

отвлекаемость (distractibility)

непрерывность внимания (sustained attention)

бдительность (vigilance)

подтип (subtype)

преимущественно невнимательный тип (predominantly inattentive type (ADHD-PI))

преимущественно гиперактивный-импульсивный тип (predominantly hyperactive-impulsive type (ADHD-HI))

смешанный тип (combined type (ADHD-C))

ведущие функции (executive functions)

тики (tic disorder)

торможение (behavioral inhibition)

лобно-базальная область мозга (frontostriatal circuitry of the brain)

лечение стимуляторами (stimulant medications)

декстроамфетамин (dextroamphetamine)

метилфенидат (methylphenidate)

тренинг родительской компетентности (ТРК) (parent management training)

процедуры оценки ответа (response-cost procedures)

Глава 6

ПРОБЛЕМЫ ПОВЕДЕНИЯ



Теперь наша молодежь любит роскошь. У нее плохие манеры, она презирает авторитеты и не уважает старших. Дети в наши дни — тираны.

Сократ, 470–399 г. до н. э.

Несмотря на все усилия психиатров, психологов и общества в целом проблемы поведения детей и подростков по большей части остаются нерешенными; значительное число молодых людей по-прежнему проявляет деструктивное, антисоциальное поведение и совершает акты насилия. Хотя детское и юношеское насилие в США с 1994 г. постоянно снижается, его уровень тревожно высок (H. N. Snyder & Sickmund, 1999). Например, как показала репрезентативная выборка в средних школах США, 36% учеников участвовали в драках в прошлом году и 26% сообщали, что носили с собой оружие в прошлом месяце (Brener, Simon, Krug & Lowry, 1999).

Трагические события в Перле, штат Миссисипи, Падуке, штат Кентукки, Банкхеде, штат Джорджия, Литтлтауне, штат Колорадо, Санти, штат Калифорния, служат нам ярким напоминанием о том культурном контексте насилия, в котором мы живем, — названия этих городов, где школьники устраивали перестрелки прямо в своих учебных заведениях, убивая педагогов и одноклассников, на слуху у любого американца. В Калифорнии больше торговцев оружием, чем учителей, и производители пуленепробиваемых жилетов уже начали выпускать продукцию детских размеров (Toch, 1993). По мере того как растет количество антисоциальных поступков, совершаемых молодыми людьми, разрушаются стереотипные представления о том, что некоторые дети просто рождаются плохими и что агрессивность — часть человеческой природы. Под сомнение взят и тезис, что изменение структуры семьи, злоупотребление наркотиками и алкоголем и доступность оружия, а также увеличение уровня насилия говорят об упадке социума. Фактически, молодежь с проблемным поведением сейчас стала преобладать, ее жертвы несут огромный ущерб, так что появилась настоятельная потребность описать такое антисоциальное поведение и помочь этим подросткам (Reese, Vera, Simon & Ikeda, 2000).



Пуленепробиваемые жилеты теперь выпускаются и детских размеров.

Энди (4 года): Ярость с малых лет

Рассказывает мать Энди: «Всего несколько недель назад Энди швырнул мне в лицо свой стульчик и ушиб мне челюсть. Он думал, что это смешно... И сегодня он был очень активен, но я решила, что он уже разрядился, пока визжал и кричал, прервав наш обед. Я сказала: «Прекрасно, теперь выйди из-за стола. Остаешься без десерта». Тут он просто разъярился. Взял металлическую вилку и бросил ее в меня изо всей силы — едва не попав в глаз. На лбу у меня показалась кровь. Я плакала, я была в истерике. Понимаете, я просто испугалась, увидев такой тип поведения и такую ярость у четырехлетнего ребенка» (адаптировано из Webster-Stratton & Herbert, 1994, стр. 44–45).

Марвелл (6 лет): Непослушная

Мать Марвелл говорит: «Она просто ставит меня в тупик. За последние 8 месяцев она совершенно отбилась от рук. Марвелл постоянно раздражается и никогда не делает того, о чем я ее прошу. Она по малейшему поводу вспышивает, когда что-то происходит не так, как ей хочется. Ее негативная установка стала настоящей проблемой в школе. Учительница недавно пожаловалась, что девочку трудно заставить делать задания — она просто отказывается их выполнять. И не только это. Марвелл ведет себя вызывающе, не остается на своем месте и постоянно болтает. Ее поведение нарушает порядок в классе. Меня действительно тревожит, что если дочь не образумится, то вскоре у нее могут возникнуть серьезные проблемы».

Ник (10 лет): Не такой, как другие дети

Несмотря на неряшливость Ник — нормальный, здоровый мальчик... он любит спорт, особенно футбол, плавание и рыбалку. У него талант к рисованию и способности к математике... Но Ник не похож на других детей. Когда ему было всего два года, он вышел из комнаты на кухню, положил две консервные банки с едой для кошек на плиту и включил горелку — одна из банок взорвалась. За прошедшие 8 лет Ник убивал домашних животных, устраивал пожары, избивал одноклассников, портил чужие вещи, крал деньги и терроризировал свою младшую сестру... В прошлом марте он, находясь в церкви, бросил камнем в девочку и рассек ей голову так, что потекла кровь. Он поджигал свою комнату, сталкивал сестру с лестницы, избил цепью собаку, принадлежащую их семье, и украл 20 долларов из бумажника матери (адаптировано из Colapinto, 1993, с. 122).

Не называя имен: Дети-убийцы

13 октября 1994 года 5-летний Эрик Морз и его 8-летний брат Деррик стали жертвой одного из самых жестоких преступлений в Южном Чикаго. Хулиганы завели братьев в пустую квартиру на 14 этаже. Эрик отказался украсть для них сладости, и хулиганы дважды подтаскивали его к окну, угрожая, что столкнут вниз. На второй раз Деррик очень испугался и попытался удержать брата, но старший хулиган так сильно ударил мальчика по руке, что он отпустил Эрика. Тот упал из окна и разбился насмерть. Деррик побежал вниз, он думал, что может успеть подхватить своего брата. Это чудовищное преступление потрясло американцев, и не в последнюю очередь тем, что возраст хладнокровных убийц — 10–11 лет (Annin, 1996, с. 5).

Проблемы поведения (conduct problems) и антисоциальное поведение (antisocial behavior) характеризуют действия, не соответствующие возрасту, и установки, нарушающие семейные ожидания, общественные нормы и личные права других людей (McMahon & Estes, 1997). Как и в приведенных нами примерах, дети с проблемами поведения часто нарушают правила, они кричат, бранятся, у них возникают вспышки гнева, которые переходят в откровенный вандализм, физическую агрессию и воровство. Причины таких расстройств и их длительные последствия могут быть самыми разнообразными. Мы рассмотрим несколько различных типов и направлений антисоциального поведения.

Поступки детей, описанные в этой главе, могут показаться отвратительными, но мы должны все время принимать во внимание, что дети с проблемами поведения часто растут в крайне неблагополучных семьях и в окружении столь же неблагополучных соседей. Многие из них становятся жертвами физического насилия, оскорбления, пренебрежения, бедности, видят, как взрослые совершают преступления, а порой и сами вынуждены в этом участвовать (Lahey, Miller, Gordon & Riley, 1999).

Стив: На все есть причина

12-летнему Стиву было рекомендовано пройти курс лечения, потому что он нанес колотую рану своему отцу и угнал автомобиль. Стив лгал и дрался в школе, занимался воровством, у него постоянно были неприятности со школьной администрацией и полицией. Во время первого допроса Стив с готовностью согласился, что ткнул своего отца ножом в ногу. Но в этой истории есть несколько интересных деталей, не замеченных вначале. Он и его два брата находились в родительской спальне, пока отец насиловал их мать. Она звала на помощь и кричала от ужаса. Стив отправился на кухню и схватил нож; братья попытались удержать его, но это им пло-

хо удалось. Стив нанес отцу колотую рану в икру. После этого Стив подумал, что его будут бить, потому что у отца был большой опыт в физическом наказании мальчиков. Стив сбежал в дом своего деда, без разрешения взял ключи от автомобиля и разбил его в поле. К нам мальчика привели полицейские. По результатам расследования, Стив был несомненно виновен, он ранил своего отца холодным оружием и угнал автомобиль (адаптировано из Kazdin, 1995, стр. 17–18).

Трагическая семейная ситуация Стива, пожалуй, вызовет у стороннего наблюдателя симпатию и тревогу, сходные чувства возникают у людей и к другим маленьким детям, попавшим в подобные обстоятельства. Многие дети с проблемами поведения испытывают дистресс, проявляют сильную тревогу, им нужна помощь. С другой стороны, их действия вызывают в обществе ответное насилие. Вспоминая невинных жертв, таких как 5-летний Эрик Морз, люди хотят сурово наказать малолетних преступников (Kazdin, 1995). Неудивительно, что повзрослев, дети с нарушениями поведения чаще всего или признаются психически невменяемыми или отправляются в реабилитационные центры. Положения закона достаточно суровы, а общество требует защиты своей безопасности.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Проблемы поведения — это действия ребенка или подростка, не соответствующие его возрасту и установкам, нарушающие семейные ожидания, общественные нормы и личные права или права на собственность других людей.
- Типы, причины, процесс развития и результат проблем поведения у детей широко варьируются и мы должны учитывать эти различия.



Между подростками с проблемами поведения часто возникают ссоры.

- Дети с проблемами поведения часто растут в крайне неблагополучных семьях и среди преступного окружения.

СРЕДА, ЗАТРАТЫ И ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НА ПРОБЛЕМЫ ПОВЕДЕНИЯ

Среда

В ходе естественного процесса взросления почти все молодые люди время от времени нарушают правила. Отрицали ли вы когда-нибудь общепризнанные авторитеты, лгали ли, прогуливали ли школу... а может быть, вы убежали из дому, приходили в общежитие после закрытия, воровали какие-нибудь мелочи с витрин, у друзей или у родственников, крушили чужую собственность, вели машину в пьяном виде или курили марихуану? Если вы ответили утвердительно на какой-либо из этих вопросов — добро пожаловать в клуб! Многие молодые люди совершают эти и другие антисоциальные поступки (Kazdin, 1995). Очень мало подростков (около 6%) *полностью* воздерживаются от антисоциального поведения, и они, как правило, всего лишь точно соблюдают условности, а сами не доверяют окружающим их людям, тревожны и социально некомпетентны, — никак не скажешь, что они хорошо приспособлены (Moffitt, Caspi, Dickson, Silva & Stanton, 1996).

Как правило, антисоциальное поведение у обычных, не проблемных детей и подростков возникает и потом идет на спад в процессе нормального развития (Achenbach, Howell, Quay & Conners, 1991). Так, например, большинство детей к 2 годам начинают проявлять агрессию и приучаются сдерживать ее к тому времени, как поступают в школу (Tremblay et al., 1999). Около 50% родителей говорят, что их дети-дошкольники лгут, не слушаются или портят вещи, и только 10% родителей подростков утверждают то же самое о поведении своих подросших детей (Achenbach, 1991a). Отчасти это кажущееся улучшение может отражать недостаточное участие, проявляемое родителями к проблемам подростков. Тем не менее, хотя антисоциальное поведение, в котором они признаются сами, проявляется у тинейджеров чаще, чем случаи, о которых говорят родители, эти самоотчеты также свидетельствуют о возрастном снижении уровня антисоциального поведения (Achenbach, 1991b). На рис. 6.1 представлена частота некоторых распространенных форм антисоциального поведения у мальчиков и девочек, на основании описаний их родителей. Эти графики иллюстрируют некоторые важные черты антисоциального поведения при нормальном развитии.

- Серьезность антисоциального развития сильно варьируется — от простого неповиновения до драк.



Рис. 6.1 Частота проявления антисоциального поведения, по сообщениям родителей, у мальчиков и девочек в возрасте 4–18 лет. (Adapted from Achenbach, 1991a)



НАКЛАДНАЯ

Для: американского общества
За: один «потерянный» подросток

Описание	Цена (долларов)
Преступление:	
В детстве (за 4 года 1–4 преступления в год)	
Затраты на жертвы	62 000–250 000
Затраты на судопроизводство	21 000–84 000
В зрелом возрасте (за 6 лет 10,6 преступлений в год)	
Затраты на жертвы	1000 000
Затраты на судопроизводство	335 000
Потеря продуктивности нарушителя	64 000

Общие, связанные с преступлением, затраты 1.500000–1.800000
Затраты в настоящее время* 1.300000–1.500000

Злоупотребление наркотиками:
 Ресурсы, связанные с рынком наркотиков 84 000–168 000
 Потери, связанные с ослаблением продуктивности 27.600
 Затраты на лечение от злоупотреблений наркотиками 10.200
 Медикаментозное лечение болезней, связанных со злоупотреблением наркотиками 11 000
 Преждевременная смерть 31 800–223 000
 Затраты на следствие и судопроизводство по преступлениям, связанным с наркотиками 40 500
Общие затраты, связанные со злоупотреблением наркотиками 200 000–480 000
Затраты в настоящее время* 150 000–360 000

Затраты, связанные с исключением из школы:
 Затраты, связанные с утратой продуктивности 300 000
 Дополнительные льготы 75 000
 Нематериальные потери 95 000–375 000
Полностью затраты, связанные с исключением 470 000–750 000
Затраты в настоящее время* 243 000–388 000

Итого: 2200000–3000000
Затраты в настоящее время* 1700000–2300000

*Затраты в настоящее время — количество денег, которое необходимо сегодня, чтобы покрыть будущие расходы, связанные с антисоциальным поведением подростка.

Рис. 6.2. Затраты на одного «потерянного» подростка.

- Некоторые типы антисоциального поведения у нормальных детей с возрастом ослабевают (например непослушание родителям), тогда как другие, наоборот, усиливаются и появляется больше возможностей для их проявления (например, дети дружат с другими трудными подростками).

- Антисоциальное поведение в детстве чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, но это различие стирается или исчезает в подростковом возрасте.

Хотя антисоциальное поведение у большинства детей с возрастом идет на убыль, наиболее агрессивные дети остаются такими же на протяжении длительного времени. Долгосрочные исследования показали, что агрессивное поведение очень стабильно в течение 20, 30 или 40 лет со средней корреляцией около 70 (Farrington, 1991, 1992; Olweus, 1979; Sholevar & Sholevar, 1995). Это показывает, что агрессивное поведение у детей столь же стабильно, как и их коэффициент умственного развития!

Социальные и экономические затраты

Затраты, которые несут системы образования, здравоохранения, охраны психического здоровья и правоохранительные органы, занимающиеся подростками с проблемами в поведении, — ошеломляюще велики. Антисоциальное поведение это наиболее затратная проблема психического здоровья в Северной Америке (М. А. Cohen, Miller & Rossman, 1994). Хотя антисоциальные поступки характерны для всех молодых людей, только у 5% детей формируется ранний, устойчивый и ярко выраженный паттерн такого поведения (Hinshaw & Anderson, 1996). Эти дети причиняют значительный вред, ими совершаются свыше половины всех преступлений в США, и на них же приходится около одной трети случаев отправки на лечение (APA, 1993; H.N.Snyder & Sickmund, 1999).

В 1997 г. более 2000 подростков было арестовано за убийство и более 100 000 за другие преступления, связанные с насилием (Maguire & Pastore, 1998). В США тинейджеры умирают от огнестрельных ранений чаще, чем от всех болезней вместе взятых, и с вероятностью в два раза большей, чем взрослые, становятся жертвами насилия, преимущественно — своих сверстников (H. N. Snyder & Sickmund, 1999). Каждый учебный день тысячи школьников остаются дома — не из-за болезни, а из-за страха, что их убьют, ранят или избьют.

Затраты на антисоциальное поведение можно оценить с точки зрения не только жизней, но и денег. Приблизительно 20% всех затрат на психическое здоровье в США связаны с преступлениями (Национальный институт юстиции, 1996). Как показано на рис. 6.2, один подросток, оставляющий школу из-за совершения преступления или злоупотребления наркотиками, обходится обществу от 1,7 до 2,3 миллионов долларов (М. Cohen, 1998).

Точки зрения

Проблемы поведения рассматривались с нескольких различных точек зрения, в каждой из них использовались различные термины и определения, описывающие схожие паттерны поведения.

Юридическая точка зрения. Юридически проблемы поведения определяются как **делинквентные (delinquent)** или криминальные акты. Так как юридические определения формулируются на основании конкретных судебных процессов, они не учитывают антисоциальное поведение очень маленьких детей (например непослушание или агрессию), возникающее дома или в школе. Важно также разграничить «официальную» делинквентность и преступность, явную только для самого человека, так как антисоциальные подростки, попадающие под арест, могут отличаться от своих сверстников, действующих по тем же паттернам, но не попадающих в тюрьму из-за своего интеллекта или изобретательности. Психологи продолжают спорить о том, в каком возрасте детей нужно привлекать к ответственности за их делинквентные (преступные) поступки. Минимальный возраст во многих штатах США — 12 лет, а юридические определения преступного поведения много раз изменялись в зависимости от терпимости или нетерпимости общества к антисоциальному поведению.

Учитывая количество молодежи, принимающей участие в преступной деятельности, нам нужно задать вопрос, является ли такое поведение понятным (хотя и предосудительным) видом адаптации к враждебной окружающей среде; например, наиболее общая причина ношения оружия, выдвигаемая подростками, — это самозащита (Simon, Dent & Sussman, 1997). К сожалению, не прослеживается четкой границы между преступными действиями, являющимися реакцией на условия окружающей среды, такими, например, как криминальное окружение, и действиями, обусловленными характером самого ребенка, скажем импульсивностью. Некоторые типы криминального поведения, такие как поджог и прогулы, включаются в современные определения психических нарушений, а другие — продажа наркотиков, вожделение автомобиля в подростковом возрасте и проституция — нет. Юридическое определение преступности может быть результатом одного или двух отдельных поступков, тогда как определение психических нарушений, как правило, требует того, чтобы ребенок проявлял постоянный паттерн антисоциального поведения. Таким образом, только сравнительно небольшая подгруппа из всех детей, соответствующих юридическому определению преступности, вписывается и в определение психического расстройства (Cicchetti & Richters, 1993).

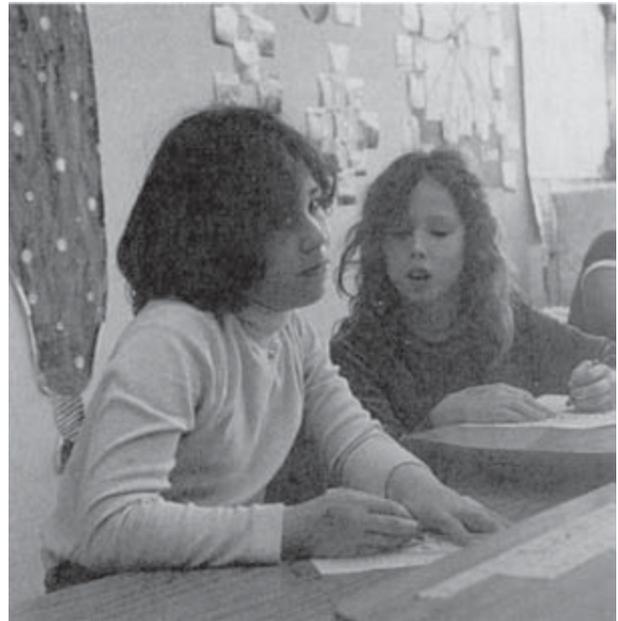
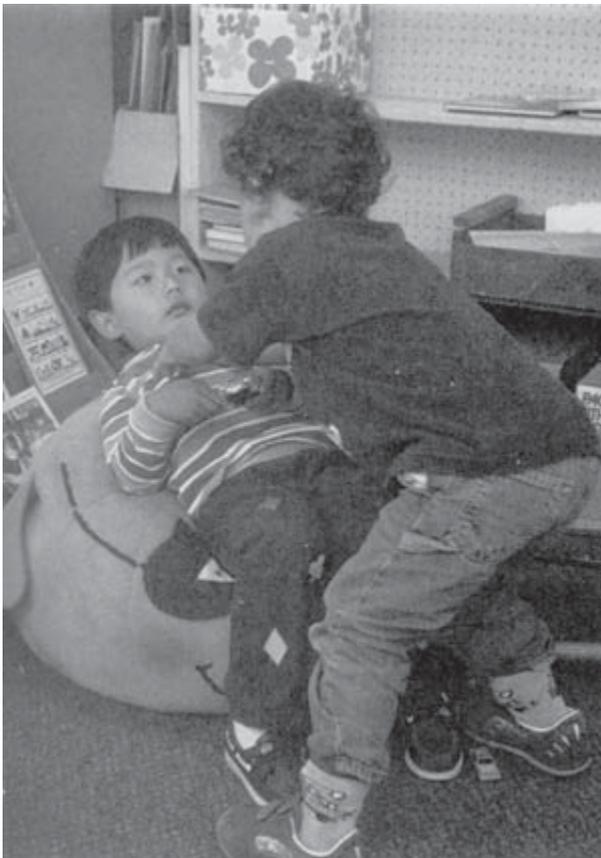
Психологическая точка зрения. С психологической точки зрения проблемы поведения ребенка связаны со статистической характеристикой, которую называют экстернализированным поведением (externalizing behavior), заключающимся в сочетании импульсив-

ных, сверхактивных, агрессивных и делинквентных поступков (Burns et al., 1997). Дети с крайней степенью экстернализации, как правило, обладают одним или более стандартными отклонениями от среднего, и считается, что у них есть проблемы в поведении. Сам по себе параметр экстернализации состоит из двух взаимосвязанных, но независимых подпараметров, называемых «делинквентными», или агрессивными (Achenbach, 1991a). Первый из них — преступное поведение включает нарушение правил, например: побег, поджоги, воровство, прогул школы, употребление алкоголя и наркотиков, совершение актов вандализма. Второй — агрессивное поведение включает драки, деструктивность, неповиновение, хвастовство, угрозу другим и разрушения в школе. (Achenbach, 1993a).

Были идентифицированы две другие независимые шкалы антисоциального поведения: шкала *открыто-скрытых* (*overt-covert dimension*) и *деструктивно-недеструктивных* форм (Fricl et al., 1993). **Шкала открыто-скрытых форм поведения** отображает как открытые видимые акты, например драка, так и скрытые, тайные акты, например ложь и воровство. Дети с антисоциальным поведением, как правило, более негативны, раздражительны и обидчивы в своих реакциях на враждебные ситуации, они чаще вступают в конфликты в семье (Kazdin, 1992). На-

оборот, дети, проявляющие скрытое антисоциальное поведение, менее социальны, более тревожны и более подозрительны к другим, они чаще всего происходят из семей, где им не предоставляется поддержки. Большинство детей с проблемами поведения проявляют как открытое, так и скрытое антисоциальное поведение. Эти дети часто входят в конфликт с властями, у них возникают серьезные дисфункции в семье и результаты их поведения в течение длительного промежутка времени оказываются наиболее плохими (Loeber, Lahey & Thomas, 1991). Шкала *деструктивно-недеструктивного поведения* включает такие действия, как жестокость по отношению к животным или физическое нападение, и не деструктивное поведение, такое как ссоры и раздражительность.

Как показано на рис. 6.3, пересечение шкал открыто-скрытых типов поведения и деструктивно-недеструктивных приводит к четырем категориям проблем поведения: а) открыто-скрытое поведение, или ущерб собственности, б) открыто-деструктивное поведение, или агрессия, в) скрытно-недеструктивное, или нарушения статуса и г) открыто-недеструктивное, или оппозиционное поведение. Дети, проявляющие открыто-деструктивное поведение, в особенности склонные к постоянным физическим дракам, рискуют впоследствии приобрести психиатрические



Две стороны внешнего параметра поведения: открытая и скрытая.



Рис. 6.3. Четыре категории поведенческих проблем (adapted from Frick et al., 1993).

проблемы и функциональные заболевания (Loeber, Green, Lahey & Kalb, 2000).

Психиатрическая точка зрения. С психиатрической точки зрения, проблемы поведения определяются как явные психические расстройства на основе симптомов, описанных в DSM (APA, 2000). В справочнике DSM-IV-TR **расстройства социального поведения (disruptive behavior disorders)** это устойчивые паттерны антисоциального поведения, представленные категориями оппозиционно-демонстративного расстройства и расстройства поведения (Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000). Кроме того, диагноз антисоциального расстройства личности относится к пониманию проблем поведения у детей и их поведения в зрелом возрасте. Далее мы рассмотрим как определяется каждое из этих типов расстройств.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- У большинства детей антисоциальное поведение возникает и затем идет на убыль в процессе нормального развития, хотя наиболее агрессивные дети поддерживают в течение своей жизни один и тот же уровень агрессивности.
- С точки зрения юридической перспективы, проблемы поведения определяются как преступные или уголовные поступки, которые приводят аресту или суду.
- С психологической точки зрения, проблемы поведения проявляются внешне, в том числе в импульсивных, слишком активных, агрессивных и преступных действиях.
- С психиатрической точки зрения, проблемы поведения рассматриваются как определенные психические расстройства, основанные на симптомах

DSM. Они называются разрушающими расстрой- ствами поведения и включают оппозиционно-демон- стративное расстройство и расстройство поведения.

DSM-IV-TR: ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Оппозиционно-демонстративное расстройство

Гордон: Наслаждается своей властью

Он просто почесывает себе пятки: «Значит, я не надену эти носки! Забудь об этом, я не буду этого делать!» — и он считает, что прав. Гордон пошел в школу в пижаме, не позавтракав, в про- ливной дождь без плаща... Он объяснил это мне: «Мам, все из-за этой ссоры». ...Он ни к чему не относится спокойно. Он даже не скажет: «Ладно, я надену этот свитер». Будет так: «Я сделаю, но только по-своему... Я не сделаю ничего, что вы хотите, чтобы я сделал, и более того, я разъярюсь и размажу эту миску с хлопьями по стенке, так что это тебя доконает и ты будешь злиться на меня, когда начнешь все отмывать»... Он наслаждает- ся своей силой. (Webster-Stratton & Herbert, 1994, стр. 47).

Дети с оппозиционно-демонстративным рас- стройством (**oppositional defiant disorder (ODD)**) проявляют не соответствующее возрасту упрямство, раздражительность и ведут себя вызывающе. В табл.

6.1 представлены критерии DSM-IV для оппозици- онно-демонстративного расстройства. Оппозицион- но-демонстративное расстройство было включено в справочник DSM, чтобы выявить раннее проявле- ние антисоциального и агрессивного поведения сре- ди дошкольников и детей школьного возраста. По- скольку такое поведение, как ссоры, проявление гне- ва, выражение раздражения очень распространено у детей, в среде профессиональных психологов и в обществе возникают сомнения в применимости этой категории (Angold & Costello, 1996; Kirk & Hutchins, 1994). Тем не менее есть доказательства независимого сочетания открытого неструктив- ного поведения, такого как неповиновение и ссоры, подтверждающего, что оппозиционно-демонстра- тивное расстройство является отдельным видом рас- стройств (см. рис. 6.2, сектор Г). Обнаружилось, что оппозиционно-демонстративные расстройства ока- зывают крайне негативные воздействия на взаимо- действия родителей и детей (Green & Doyle, 1999). Фактически, три четверти дошкольников, направля- емых на лечение в клинику из семей с низким уров- нем дохода, соответствуют критериям DSM для оп- позиционно-демонстративных расстройств (Keenan & Walkschlag, 2000).

РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ

Грег: Опасный дистресс

10-летний Грег живет дома со своей матерью, отцом, маленькими братьями и сестрой. Соседи судачили о нем из-за частых драк, гиперактивно- сти, вспышек гнева и разрушительного поведе- ния дома и в школе. Дома Грег ссорился с мате- рью, затевал драки с братьями и сестрой, без спроса брал деньги у родителей и постоянно угрожал отцу и матери, что устроит пожар, когда

Таблица 6.1 Основные черты диагностических критериев для оппозиционно-демонстративного расстройства

- A.** Паттерн негативистского, враждебного и оппозиционного поведения, продолжающийся, по крайней мере, 6 месяцев, когда присутствуют четыре (или более) из следующих характеристик:
- 1) ребенок или подросток часто выходит из себя
 - 2) часто ссорится с взрослыми
 - 3) часто активно отрицает или отказывается уступать просьбам или правилам взрослых
 - 4) зачастую специально раздражает людей
 - 5) часто обвиняет других за его или ее ошибки или неправильное поведение
 - 6) часто становится раздражительным или его легко раздражают другие люди
 - 7) часто злится и негодует
 - 8) часто бывает злобным или мстительным

Примечание: учтите, этот критерий подходит, только если поведение возникает чаще, чем обычно наблюдается у детей сопоставимого возраста и уровня развития.

Примечание: диагноз оппозиционно-демонстративного расстройства не ставится, когда есть признаки расстройства поведения.

Источник: DSM-IV-TR, Copyright, 2000 by APA.

они пытались заставить его слушаться. Три раза он действительно поджег ковры, одеяла и мусор у себя дома. Один из этих пожаров нанес ущерб на несколько тысяч долларов. Грег часто лгал; в школе его ложь ставила других в трудное положение, он затевал драки со сверстниками и отрицал все свои плохие поступки.

Грега поместили в клинику, так как его родители почувствовали, что мальчик стал совершенно неуправляемым. Они, в частности, упоминали несколько особенно опасных инцидентов — например, попытку Грега задушить своего 2-летнего брата, придерживая подушку на его лице. Кроме того, незадолго до этого Грег вечером гулял по улицам и бил стекла у припаркованных машин.

Родители Грега время от времени прибегали к суровым наказаниям, применяя лопаты и ремни или запирая мальчика в его комнате на 2–3 дня. В течение последних двух лет отец Грега редко работает и большую часть времени проводит дома — спит или смотрит телевизор. По-

тери дохода привели к увеличению стресса. Грег сказал, что он не мог оставаться дома, так как отец все время сходил с ума из-за пустяков. Мать Грега постоянно работала и ее часто не бывало дома. У нее возникали депрессии и за последние 3 года она два раза пыталась покончить с собой. В каждом случае ее забирали в больницу приблизительно на 2 месяца. Поведение Грега дома и в школе ухудшалось в эти периоды.

Хотя Грег обладал нормальным интеллектом, его школьные оценки были ниже нормального уровня и он учился в специальном классе, так как был слишком активным и его поведение отличалось деструктивностью. Родителям мальчика сказали, что если они не обратятся к врачу, то Грег не сможет вернуться в школу в следующем году. Те не знали, куда обратиться. Они обсуждали возможность отказаться от Грега или поместить его в специальную школу-интернат с более строгой дисциплиной, которая его «воспитает» (адаптировано из Kazdin, 1995, стр. 2–3).

Таблица 6.2

Основные диагностические критерии расстройства поведения

А. Это постоянный и устойчивый паттерн поведения, когда нарушаются основные права других или соответствующие возрасту социальные нормы или правила, и встречаются три или более соответствующих критерия в течение 12 месяцев, и, по крайней мере, один критерий в течение 6 месяцев.

Агрессия по отношению к людям и животным

- 1) Часто совершает хулиганские поступки, угрожает другим или устрашает их.
- 2) Часто является инициатором драк.
- 3) Использовал оружие, которое может причинить серьезный физический вред другим (например: дубинку, кирпич, битую бутылку, нож, другое оружие).
- 4) Проявляет физическую жестокость к людям.
- 5) Проявляет физическую жестокость к животным.
- 6) Обворовывает жертву (например: ворует из карманов, прорезает кошельки, вымогает деньги или совершает вооруженное ограбление).
- 7) Принуждает заниматься сексом.

Разрушение собственности

- 8) Умышленно совершает поджоги с намерением причинить серьезный вред.
- 9) Умышленно разрушает собственность других людей (а не просто совершает поджоги).

Обман или воровство

- 10) Проникает в дом другого человека или в автомобиль.
- 11) Часто лжет, чтобы получить товары, завоевать благосклонность или избежать выполнения обязательств (“мошенничает” с другими).
- 12) Крадет предметы большой ценности, не нанося физического вреда (например, крадет вещи из магазина, но ничего не ломает; совершает подлог).

Серьезные нарушения правил

- 13) Часто не ночует дома, несмотря на запрещения родителей, начиная с 13-летнего возраста.
- 14) По крайней мере, дважды убежал из дома ночью, пока жил у родителей или у лиц, их заменяющих (или однажды долго не возвращался домой).
- 15) Часто прогуливает школу, начиная с возраста до 13 лет.

Расстройство поведения (conduct disorder) описывает детей, проявляющих очень агрессивные и антисоциальные поступки, в том числе они причиняют другим людям боль, крадут или совершают акты вандализма (см. табл. 6.2 — в ней даны диагностические критерии из DSM).

Случай Грега иллюстрирует несколько основных черт детей с расстройством поведения (Kazdin, 1995).

- Дети с расстройством поведения совершают разные серьезные проступки. Грег устраивал пожары и пытался задушить своего 2-летнего брата. У него проявились и другие серьезные проблемы, такие как неподчинение и вспышки раздражительности, но они не были основными причинами для помещения мальчика в лечебное учреждение.

- Для детей с расстройством поведения зачастую характерны и сопутствующие проблемы, такие как гиперкинетическое расстройство и синдром дефицита внимания и плохая адаптация в школе.

- Родители, чувствуя, что их дети с расстройством поведения не поддаются контролю, начинают ощущать свою собственную беспомощность в этой ситуации. Родители Грега были готовы отказаться от него или поместить ребенка в интернат.

- Родители детей с расстройством поведения часто страдают от своих собственных проблем и стрессов, например, семейных раздоров, психиатрических заболеваний и безработицы. Мать Грега давно страдала от депрессии.

Расстройство поведения и его возникновение

В возрасте 6 лет он был отчаянным драчуном, так, например, долго толкал мальчика постарше, потому что тот не угостил его соленым огурцом. Почти каждый день его оставляли после уроков за то, что он произносил ругательства, толкал людей, щипал и бил их. Одну девочку он уколол карандашом. А однажды он застрелил свою одноклассницу — 6-летнюю Кейлу. Он совершал на нее нападения и до того, а в день накануне убийства попытался поцеловать Кейлу и получил отпор (Rosentblatt, 2000).

Следует ли нам придавать особое значение возрасту, когда впервые возникают симптомы расстройства поведения? DSM делает четкое разграничение между подростками с ранним и поздним временем наступления расстройства поведения. Дети с **расстройством поведения, начинающимся в раннем детстве (childhood-onset CD)**, проявляют, по крайней мере, одну из характеристик расстройства в возрасте до 10 лет, а те, у кого **расстройство поведения начинается в подростковом возрасте (adolescent-onset CD)** — нет. Все больше свидетельств указывает на важное значение возраста для диагностики и лечения детей с расстройством поведения (Waldman, Lilienfeld & Lahey, 1995). У детей, чье расстройство поведения наступает в сравнительно раннем возрасте

— чаще у мальчиков, регистрируются более агрессивные симптомы, объясняющие непропорциональное количество противозаконной деятельности, и дети со временем сохраняют агрессивность в поведении (Lahey, Goodman et al., 1999). Наоборот, дети, у кого расстройства поведения возникают в подростковом возрасте — это в равной степени и мальчики и девочки, проявляют менее острую психопатологию по сравнению с группой с ранним наступлением расстройств. По мере того как эти дети становятся старше, они реже совершают насилие или проявляют постоянный уровень антисоциального поведения. Так что время возникновения расстройств действительно имеет значение.

Расстройство поведения и оппозиционно-демонстративное расстройство. У этих двух видов расстройств есть много общего (Nottelman & Jensen, 1995). Горячо обсуждался вопрос о том, является ли оппозиционно-демонстративное расстройство отдельным расстройством или это просто более умеренная и рано проявляющаяся версия расстройства поведения (Patterson, DeGarmo & Knutson, 2000). Симптомы оппозиционно-демонстративного расстройства, как правило, возникают за 2–3 года до симптомов расстройств поведения — в возрасте около 6 лет для оппозиционно-демонстративных расстройств и в возрасте 9 лет для расстройств поведения (Loeber, Green, Lahey, Christ & Frick, 1992). Поскольку первыми у детей развиваются оппозиционно-демонстративные расстройства, вероятно, у некоторых они предшествуют расстройству поведения. Однако большинство детей с оппозиционно-демонстративным расстройством не переходят к более серьезным расстройствам поведения: по крайней мере, у половины сохраняется диагноз оппозиционно-демонстративного расстройства поведения и не возникает других расстройств, и еще около 25% вообще не проявляют проблем, связанных с оппозиционно-демонстративным расстройством (Hinshaw, Lahey & Hart, 1993). Таким образом, для большинства детей оппозиционно-демонстративное расстройство — это радикальный вариант развития, но он не обязательно свидетельствует о более серьезных проблемах поведения (Speltz, McClellan, DeKlyen & Jones, 1999). Напротив, случаям расстройств поведения почти всегда предшествуют симптомы оппозиционно-демонстративных расстройств (Biederman et al., 1996; Lahey, Loeber, Quay, Frick & Grimm, 1992).

Более низкий уровень расстройств поведения у маленьких детей может быть также отчасти вызван природой критериев DSM. DSM для всех возрастов дает одни и те же симптомы расстройств поведения, хотя многие из них нельзя применить к маленьким детям (например, когда подростки вламываются в чужие дома или прогуливают школу). Таким образом, более низкий уровень расстройств поведения у маленьких детей может отражать использование нечувствительной диагностической системы, неприспособленной для раннего возраста больного.

Таблица 6.3
Грубые и незэмоциональные черты
и связанные характеристики

Черты грубости и незэмоциональности	Нарциссические черты	Импульсивность
Не сочувствует другим Не испытывает вину за свои проступки Не волнуется о том, насколько хорошо успеваёт в школе или выполняет работу Плохо держит обещания Не проявляет чувств или эмоций Не сохраняет старых друзей	Думает, что он или она важнее других людей Слишком превозносит свои способности, достижения или собственность Использует других или обманывает окружающих, чтобы получить то, чего хочет Может быть время от времени обаятельным и при этом неискренним или поверхностным Дразнит или насмехается над другими Сердится, когда его или её исправляют или наказывают	Действует, не думая о последствиях Не планирует заранее или откладывает выполнение действий до последней минуты Занимается опасной или рискованной деятельностью Винит других в своих ошибках Начинает быстро скучать

Расстройство поведения и антисоциальное расстройство личности (APD)

Джейсон: Бессовестный

13-летний Джейсон участвовал в серьёзных преступлениях — он совершал грабежи, взломы и нападения на детей помладше, когда ему ещё не было 6 лет. Слушать, как разговаривает Джейсон, страшно. Когда мальчика спросили, почему он совершал преступления, это дитя из стабильной семьи с работающими родителями ответило: «Мне нравится. Мои е...ные предки действительно бесятся, когда я попадаю в неприятности, но мне наплевать, я хорошо провожу время. Да-да, я всегда был бешеный». О других людях, в том числе и о своих жертвах, он говорил так: «Хотите правду? Они бы убили меня, если бы смогли, только я стрелял первым». Ему нравилось грабить бездомных людей, особенно «гомиков», «бабушек» и уличных детей, потому что «они привыкли к этому. Они не пойдут жаловаться на меня в полицию... Одного парня, с которым я подрался, я кольнул ножом в глаз. Он бегал и плакал как ребенок. Как-кой кретин!» (adapted from Hare, 1993, стр. 162).

Постоянные паттерны агрессивного и антисоциального поведения в детстве могут предшествовать возникновению в зрелом возрасте **антисоциального расстройства личности (Antisocial personality disorder (APD))**, устойчивого паттерна неуважения и нарушений прав других людей, и совершению многочисленных противозаконных поступков (APA, 2000). Около 40% детей с расстройством поведения, когда становятся взрослыми, страдают от антисоциального расстройства личности (Hinshaw, 1994). Кроме своего рано проявляющегося антисоциального поведения взрослые с антисоциальным расстройством личности могут также проявлять признаки **психопатии**, паттерн грубого, манипулятивного, обманного и безжалостного поведения (Sutker, 1994).

О психопатии детей известно намного меньше, чем о психопатии взрослых. Тем не менее признаки недостатка сознательности обнаруживаются у некоторых детей уже в возрасте от 3 до 5 лет (Kochanska, De Vet, Goldman, Murray & Putnam, 1994). Некоторые подростки, подобно Джейсону, совершают жестокие акты насилия, не мучаясь никакими угрызениями совести. Подгруппа дошкольников с проблемами поведения проявляет тревожное отсутствие интереса к другим людям, когда входит в ранний школьный возраст (Hastings, Zahn-Waxler, Robinson, Usher & Bridges, 2000). Наконец, подростки с расстройством поведения гораздо реже своих сверстников чувствуют стыд, и им не удается сдерживать свои эмоции и действовать в соответствии с социальными нормами (Keltner, Moffitt & Stouthamer-Loeber, 1995).

Эти данные указывают на подгруппу детей с проблемами поведения, у кого недостаток внимания к интересам других может подвергнуть их опасности крайне антисоциальных и агрессивных поступков. Для них характерен **безразлично-безэмоциональный межличностный стиль (callous and unemotional interpersonal style)**, характеризующийся такими чертами, как недостаток чувства вины, отсутствие эмпатии, эмоций, нарциссизм и импульсивность (Frick, Bodin & Barry, 2000; Frick & Ellis, 1999). Поведение и характеристики, составляющие этот стиль, показаны в табл. 6.3. Несмотря на то, что в отличие от других детей с проблемами поведения дети с безразличным и безэмоциональным стилем обладают более высоким пониманием социальных норм, у них гораздо больше разнообразных проблем поведения, они чаще сталкиваются с полицией, и у их родителей чаще встречаются антисоциальные личностные расстройства (Christian, Frick, Hill, Tyler & Frazer, 1997; Frazer, 1997; Frick, O'Brien, Wootton & McBurnett, 1994).

Здесь вы можете посмотреть на врезку 6.1, чтобы уточнить свои знания о критериях DSM — подумайте, соответствует ли мультипликационный персонаж Барт Симпсон диагнозу оппозиционно-демонстративного расстройства у детей.

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 6.1

Барт Симпсон: оппозиционно-демонстративное расстройство или расстройство поведения?

(*«Simpson's» (Симпсоны) — популярный в США юмористический мультсериал о семье, которая состоит из отца Гомера, матери Мардж, сына Барта, дочери Лайзы и крошки Мэгги. Это персонажи желтого цвета с большими головами и глазами. Дети в этом мультфильме часто ссорятся и дерутся. Мардж заботится о детях и пытается прекратить ссоры и драки. Гомер любит детей, но проводит много времени за просмотром телевизора, все время ест и пьет пиво. Некоторые зрители не одобряют «Симпсонов» и думают, что эта программа создает плохое впечатление об американской семейной жизни, а другим кажется, что передача показывает проблемы и тревоги обычной семьи, которых нет в «совершенных семьях» из мыльных опер. — Прим. перев).

Проверьте свое знание критериев DSM-IV для оппозиционно-демонстративного расстройства или расстройства поведения и подумайте, подходит ли мультипликационный персонаж Барт Симпсон к одному из этих диагнозов? Вот список антисоциальных актов, совершенных Бартом:

- Взорвал шутиху в унитазе.
- Прячет со стола закуску и говорит: «Парень, эта вечеринка никуда не годится».
- Откручивает крышку шейкера у Милхауз.
- Поджигает галстук Гомера.
- Обманом выманивает пирожки у детей Фландерсов.
- Притворяется, что он — Тимми.
- Ковер с пола вешает на стену и пишет на нем свое имя.
- Играя, вдребезги разбивает вставную челюсть дедушки Эйба.
- Находит бумажник Гомера и спускает его в унитаз.
- Отрезает все волосы у крошки Мэгги.
- Рисует дополнительные полосы на месте для парковки.
- Сбегает с экскурсии по фабрике, на которой делают коробки.
- Отрывает головы у статуй мистера Бернса и заливает его машину водой.
- Разбивает стекла в доме мистера Бернса.
- Рассказывает, как они с Милхауз спускали почту в канализацию.
- Звонит в «Службу спасения» и до смерти пугает нянечку крошки Бэйб.

Комментарий: основываясь на симптомах агрессии Барта, разрушении собственности, обмане и серьезных нарушениях правил, он вполне соответствует критериям расстройства поведения DSM. Как и большинство детей с расстройством поведения, Барт также проявляет черты оппозиционно-демонстративного расстройства, но этот диагноз не ставится, когда уже есть признаки расстройства поведения.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Дети с оппозиционно-демонстративным расстройством проявляют не соответствующий возрасту паттерн упрямого, враждебного и оппозиционного поведения.
- Расстройство поведения характеризует детей, проявляющих сильные агрессивные и антисоциальные поступки, в том числе они причиняют боль другим или нарушают права других людей, применяя физическую или вербальную агрессию, крадут или совершают акты вандализма.
- Дети, у которых рано возникают расстройства поведения (до 10 лет) — как правило, мальчики, — проявляют больше симптомов агрессии, объясняющей непропорциональное количество противоправных поступков, и со временем сохраняют свое антисоциальное поведение.
- В подростковом возрасте как у мальчиков, так и у девочек с одинаковой вероятностью возникают расстройства поведения, но они не проявляют остроты или психопатологии, характеризующей группу с ранним возникновением таких симптомов.
- Есть много общего между расстройством поведения и оппозиционно-демонстративным расстрой-

ством. Тем не менее большинство детей, проявляющих оппозиционно-демонстративное расстройство, не переходят к более серьезным расстройствам поведения.

- За устойчивыми агрессивными антисоциальными паттернами поведения в детстве могут следовать антисоциальные расстройства личности, устойчивый паттерн неуважения к другим, нарушения их прав, и участие в многочисленных нарушениях закона.
- Подгруппа детей с безразлично-неэмоциональным межличностным стилем характеризуется такими чертами, как недостаток ощущения вины, непроявление эмпатии, эмоций, а это подвергает их опасности совершения крайне антисоциальных и агрессивных действий.

ХАРАКТЕРИСТИКИ, ВЗАИМОСВЯЗАННЫЕ С ПРОБЛЕМАМИ ПОВЕДЕНИЯ

На возникновение проблем поведения у детей оказывают влияние многочисленные индивидуальные факторы, семья, сверстники, школа и окруже-

ние. Некоторые из них возникают вместе с проблемами поведения, другие усиливают вероятность их возникновения, а третьи — результат появления этих трудностей. Чтобы полностью понять появляющиеся в поведении детей проблемы, нам нужно рассмотреть, каким образом они взаимодействуют друг с другом во времени.

Дефицит когнитивных и вербальных навыков

Хотя большинство детей с проблемами поведения обладают нормальным интеллектом, в среднем их коэффициент умственного развития на 8 пунктов ниже, чем у сверстников (Hogan, 1999; Moffitt & Silva). Однако IQ может быть даже выше среднего (более чем на 15 пунктов) у детей с рано начавшимся расстройством поведения, и это нельзя объяснить такими факторами, как исключительно низкое социальное положение, раса или раннее знакомство с пенитенциарной системой (Lynam, Moffitt & Stouthamer-Loeber, 1993). Однако более низкие показатели IQ у детей с проблемами поведения могут быть обусловлены сопутствующим гиперкинетическим расстройством и синдромом дефицита внимания (Sonuga-Barke, Lamparelli, Stevenson, Thompson & Henry, 1994).

Поскольку вербальный коэффициент умственного развития значительно ниже, чем коэффициент умственного развития при выполнении задания, то у детей с проблемами поведения имеет место недостаток речевой функции. Этот недостаток может влиять на внимание ребенка при чтении и прослушивании, разрешении проблем, выразительной речи и письме и запоминании вербального материала (Speltz, DeKlyen, Calderon, Greenberg & Fisher, 1999). Вербальный и языковой дефицит может внести свой вклад в антисоциальное поведение, они мешают развитию самоконтроля и распознаванию эмоций у других людей, а это в свою очередь приводит к недостатку эмпатии (Caspi & Moffitt, 1995; Hastings et al., 2000). Интересно отметить, что, в отличие от большинства детей с проблемами поведения, детям с безразлично-неэмоциональным межличностным стилем не свойственен вербальный дефицит, но у них возникает дефицит невербальных способностей (Loney, Frick, Ellis & McCoy, 1998). Вероятно, недостаток эмпатии связан с факторами, отличными от тех, которые объясняют дефицит эмпатии у большинства детей с проблемами поведения.

Более низкие умственные способности и вербальный интеллект проявляются на ранних стадиях развития ребенка, еще задолго до того, как возникнут проблемы в поведении. Тем не менее само их присутствие не определяет будущей агрессии — факторы семьи также имеют большое значение (Patterson, 1996). Например, дети и с вербальными недостатками и с тяжелой обстановкой в семье проявляют агрессивное поведение в 4 раза чаще, чем дети с каким-либо одним из этих факторов (Moffitt, 1990). Таким образом, вербальный дефицит может усилить ранимость ребенка и его подверженность влиянию враждебного окружения в семье. Как именно это проис-

ходит, не ясно, но вполне возможно, что дефицит вербальной активности у ребенка затрудняет понимание родителями его потребностей. Все это ведет к фрустрации родителей, гораздо меньшему количеству позитивных взаимодействий, гораздо большему количеству наказаний и более значительным трудностям в обучении социальным навыкам (Hinshaw, Lahey & Hart 1993; Patterson, 1996).

Дети с проблемами поведения редко учитывают последствия своих поступков или их влияние на других. Они не могут контролировать свое импульсивное поведение, удерживать в сознании социальные ценности или будущие вознаграждения или приспосабливать действия к меняющимся ситуациям. Этот паттерн предполагает дефицит исполнительных функций, схожих с теми, которые мы обсуждали у детей с дефицитом внимания и гиперактивностью (Toupin, Dery, Pauze, Mercier & Fortin, 2000). Так как оппозиционно-демонстративное расстройство, расстройства поведения и гиперкинетическое расстройство и синдром дефицита внимания зачастую сопутствуют друг другу, наблюдаемый дефицит исполнительных функций у этих детей может быть обусловлен гиперкинетическим расстройством и синдромом дефицита внимания (Pennington & Ozonoff, 1996).

Проблемы обучения

Каждый раз, когда вы закрываете школу, вам придется строить тюрьму.
Марк Твен, 1900

Дети с проблемами поведения плохо учатся в школе, медленно переходят из класса в класс, часто их помещают в специальные образовательные учреждения, исключают из школы, наказывают и выгоняют с уроков (Hinshaw & Anderson, 1996). Тесная связь между проблемами в школе и антисоциальным поведением привела к предположению, что слабые навыки чтения связаны с антисоциальным поведением. Тем не менее данные о том, способствуют или нет недостаточные навыки чтения возникновению проблем в поведении в дальнейшем, остаются достаточно противоречивыми (Williams & McGee, 1994). Представляется, что увеличение преступности среди мальчиков с плохими навыками чтения связано с редким посещением школы, а не трудностями в чтении (Maughan, Pickles, Hagell, Rutter & Yule, 1996).

Хотя фрустрация и деморализация, вызванные неудачами в школе, и могут привести к антисоциальным поступкам у некоторых детей (Maughan, Gray, & Rutter, 1985), нет доказательств в поддержку неуспеваемости как основного объяснения антисоциального поведения, в особенности в детстве. Поскольку многие дети проявляют паттерны антисоциального поведения задолго до того, как они начинают посещать школу, более вероятно, что причиной как трудностей в школе, так и проблем поведения являются какие-то основные факторы, например: нейropsychологический дефицит, дефицит вербаль-

В течение двух лет Джонни — тихий 13-летний мальчик, был человеком-игрушкой для некоторых своих сверстников. Подростки вымогали у Джонни деньги, заставляли его есть траву и пить молоко со стиральным порошком, избивали его в туалете, обвязывали веревку вокруг шеи и таскали на поводке как «домашнее животное» (Olweus, 1995, p. 196).

Издевательства (Bullying) среди детей-школьников — очень старая, знакомая и особенно оскорбительная форма антисоциального поведения. Они возникают, когда один или более детей совершают в отношении другого дурные поступки. Такие поступки могут принимать форму физического насилия. Это могут быть слова, гримасы или грязные жесты и намеренное исключение из группы. Дети издеваются над слабыми, над теми, кому трудно себя защитить (Olweus, 1995). Эта проблема широко распространена, и более 7% школьников нападают на других детей. Мальчики чаще девочек совершают акты хулиганства в отношении других детей и, как правило, сами чаще становятся жертвами хулиганов.

Статус ребенка — жертвы или хулигана, как правило, остается стабильным в течение некоторого времени. Жертвы и хулиганы обычно обладают несколькими типичными характеристиками. Типичные жертвы издевательств характеризуются паттернами тревожного и покорного поведения, а мальчики-жертвы, как правило, физически слабы. Своим поведением эти дети посылают сигнал о том, что если на них нападают или оскорбляют, они не дадут сдачи. Типичные хулиганы агрессивно ведут себя по отношению и к сверстникам и к взрослым. Они зачастую импульсивны, им нужно доминировать над другими людьми, они сильнее других мальчиков, мало сочувствуют своим жертвам и извлекают удовлетворение и материальную пользу от причинения вреда и страданий своим жертвам. Одно из исследований обнаружило, что около 40% мальчиков, которые были хулиганами в школе, позже попадали под суд за совершение трех и более преступлений к тому времени, как они достигали 24 лет (Olweus, 1995). Таким образом, как представляется, хулиганство в школе — часть более общего паттерна поведения.



ной функции или социоэкономические проблемы (Farrington, 1991a; Hinshaw, 1992a).

Дети с проблемами поведения особенно часто показывают плохие результаты в изучении языка и чтении (Moffitt, 1993b). Что касается недостаточных вербальных и исполнительных функций, то взаимосвязь между проблемами поведения и академической успеваемостью лучше всего объясняется гиперкинетическим расстройством и синдромом дефицита внимания. Когда этого расстройства не возникает, дети с проблемами поведения показывают плохие результаты в школе не чаще, чем другие дети (Frick et al., 1991; Hinshaw, 1992). Итак, хотя трудности в обучении и проблемы поведения взаимосвязаны, природа этих взаимоотношений сложна, и решающим промежуточным фактором является в них присутствие гиперкинетического расстройства и синдрома дефицита внимания (Rapport, Scanlan & Denney, 1999).

Кроме того, плохая учеба и проблемы в поведении с течением времени начинают влиять друг на друга. Незаметное раннее отставание в развитии языковых навыков может привести к трудностям в чтении и коммуникации, что в свою очередь усиливает антисоциальное поведение в элементарной школе (McGee et al., 1986). Дети и подростки с плохими академическими навыками, как правило, теряют интерес к шко-

ле и начинают поддерживать отношения с преступными сверстниками. К отрочеству взаимосвязь между плохой успеваемостью и антисоциальным поведением становится вполне очевидной.

Дефицит самоуважения

Хотя дети с проблемами в поведении могут иметь низкую самооценку, существует мало подтверждений в пользу того, что низкая самооценка — основная причина антисоциального поведения. Скорее, антисоциальное поведение, по-видимому, связано с завышенным, неустойчивым или нереалистичным представлением о себе (R. F. Baumeister, Bushman & Campbell, 2000). Любая кажущаяся угроза их предубеждениям по отношению к себе может привести к насилию, помогающему избежать принижения я-концепции (R. F. Baumeister, Smart & Boden 1996). В соответствии с этим представлением, самоуважение членов молодежных банд соответствует паттерну, при котором любое усиление статуса, уважения или престижа и самооценки у одного из членов группы подрывает его уважение к остальным членам группы и статус других (E. Anderson, 1994). Так что, хотя низкая самооценка не основная причина проблем в поведении, дети с такими проблемами могут

испытывать ряд нарушений в концепции «я», усиливающих их антисоциальное поведение.

Межличностные трудности в общении со сверстниками

Он так агрессивно ведет себя по отношению к другим детям. Мы на самом деле не можем быть уверены, что он не подойдет и не станет бить маленького ребенка. Он тыкает маленьким детям пальцами в глаза, толкает их... Как будто он специально ищет других детей, чтобы сделать им больно.

Webster-Straton & Herbert, 1994, p. 46

Маленькие дети с проблемами поведения проявляют физическую агрессию, их игры неприемлемы для окружающих, они враждебно разговаривают и обладают плохими социальными навыками (Miller & Olson, 2000). Когда дети с расстройством поведения подрастают, то большинство их не находят поддержки и дружбы среди своих сверстников, хотя некоторые из них могут стать довольно популярными (Rodkin, Farmer & Van Acker, 2000). Начав ходить в школу, некоторые дети с расстройством поведения становятся хулиганами, и этот паттерн связан с продолжительным антисоциальным поведением в подростковом возрасте и в зрелости (см. врезку 6.2).

Дети с проблемами поведения все же заводят себе друзей. К сожалению их дружба зачастую основана на взаимной симпатии одинаково антисоциально настроенных подростков (Poulin, Dishion & Haas, 1999; Vitaro, Brengden & Tremblay, 2000). Сочетание раннего проявления антисоциального поведения и связи с другими сверстниками-хулиганами — единственный наиболее сильный показатель проблем поведения в подростковом возрасте с корреляцией от .40 до .50 между дружбой с преступными сверстниками и антисоциальным поведением (Moffitt, 1993a; Patterson & Dishion, 1985). Дружба с антисоциальными сверстниками укрепляется в возрасте 9–12 лет и помогает переходу от принуждающего поведения в детстве к подростковому преступлению, таким как воровство, злоупотребление наркотиками или прогулы школы (Patterson, 1996). В действительности около двух третей всех зафиксированных преступлений молодежи совершаются компанией из двух или трех сверстников (Dishion, Andrews & Crosby, 1995). Участие сверстников-хулиганов также способствует автономии в подростковом возрасте и ранней сексуальной активности (Dishion, Haas & Poulin, 1997).

Том и Мэтью: Убийственное единодушие

16 февраля 1995 года в маленьком городке Делано, штат Миннесота, 14-летний мальчик Том и его лучший друг Мэтью завлекли в засаду и убили мать Тома, когда она возвращалась домой... Эти два мальчика большую часть времени проводили

вместе. Подростки признали, что планировали убийство (один говорил, что в течение нескольких недель; другой — что нескольких часов). Они пришли и ждали, когда мать Тома вернется с работы. Один вывод кажется несомненным: это убийство было маловероятно, пока два антисоциальных приятеля не договорились между собой совершить его (adapted from Hartup, 1996, стр. 1).

«Дружба» между антисоциальными мальчиками, как правило, характеризуется неустойчивостью и не приносит им удовлетворения (Dushion, Andrews & Crosby, 1995). Когда все же отношения носят положительный характер, они все равно осложнены стремлением одного подростка подчинить себе другого. Антисоциальные дети могут поощрять друг друга за нарушение социальных норм, но редко когда поддерживают социальное поведение друг друга, что можно считать «тренингом по отклонению от нормы» (Dishion, Spracklen, Andrews & Patterson, 1996). В результате такого дифференцированного подкрепления антисоциальные тенденции отдельных представителей группы становятся с течением времени похожи и ведут к дальнейшей эскалации их антисоциальной деятельности.

Агрессивные дети также не в состоянии полностью переработать информацию в социальных ситуациях. Они недооценивают свою собственную агрессивность и ее негативное влияние на других и переоценивают агрессию, направленную на них самих.



Пэм и ее мать: ничего никогда не будет решено.

В их поведении проявляется **склонность к приписыванию враждебности (hostile attributional bias)**, означающее, что они чаще приписывают негативные намерения другим людям, в особенности когда намерения других не ясны (например, когда какой-нибудь ребенок случайно наталкивается на них, они, как правило, думают, что он сделал это специально). Агрессивные дети склонны ценить социальное доминирование и месть, а не дружбу. Им не хватает заботы о других людях (Hastings et al., 2000) и их способы решения социальных проблем неадекватны и неприемлемы для окружающих (Crick & Dodge, 1994; McFayden-Ketchum & Dodge, 1998).

Важно помнить, что многие дети с проблемами поведения живут в очень неблагоприятных условиях. В некоторых случаях их так называемое «предубеждение» видеть угрозу и агрессию у других людей является точным отражением их пребывания во враждебном социальном мире, а агрессивный стиль реагирования оказывается адаптивной реакцией на этот мир.

Семейные проблемы

Пэм: Ничего никогда не будет решено

Пэм и ее мать горячо спорят о том, когда девочке ложиться спать, встречаться с друзьями, делать домашнюю работу и выполнять обязанности по дому. Эти споры начинаются, когда мать устанавливает правила, а Пэм их не выполняет. Во время споров Пэм прокликает свою мать, унижает ее и обвиняет в том, что та несправедлива и слишком строга. В свою очередь мать Пэм перечисляет длинный список ее дурных поступков в прошлом и обвиняет ее в неуважении. Матери кажется, что дочь целенаправленно восстает против нее, и что если Пэм не исправится, то кончит тюрьмой. Пэм кажется, что установленные матерью правила разрушат ее жизнь, и что мать не понимает ее поколение. Отец Пэм считает, что работа его жены состоит в том, чтобы воспитывать детей, и что если они себя неправильно ведут, то «компетентная мать» должна знать, как справиться с этой проблемой. ...Ничего, как ему кажется, никогда не будет решено (адаптировано из Foster & Robin, 1988, стр. 725).

Проблемы с родителями, сестрами и братьями и членами большой семьи часто являются следствием антисоциального поведения и жестокого обращения (C. L. Carlson, Tamm & Hogan, 1999; Patterson, Reid & Dishion, 1992). С проблемами поведения у детей связаны два типа семейных нарушений:

- *Общие* семейные нарушения, такие как психопатология родителей, антисоциальные семейные ценности и случаи антисоциального поведения в семье, семейная нестабильность и нехватка средств.
- *Конкретные* расстройства в воспитательной практике и семейном функционировании, например:

слишком суровое воспитание и дисциплина, недостаток присмотра за ребенком, нехватка эмоциональной поддержки и разногласия между родителями в вопросах воспитания.

Эти два типа семейных нарушений тесно взаимосвязаны между собой, так как общие нарушения в семье, например депрессия матери, часто приводит к плохому воспитанию, что, в свою очередь, вызывает у ребенка ощущение родительской некомпетентности и провоцирует его на антисоциальные поступки, а такое поведение ребенка может еще больше усилить депрессию матери и, таким образом, круг замкнется.

В семьях с детьми с проблемами поведения распространены высокий уровень конфликтности. Кроме того, дети в них, как правило, плохо воспитываются, дисциплинирующие воздействия неэффективны, наблюдается негативное подкрепление, неприемлемое использование наказаний и вознаграждений, плохое выполнение приказов детьми и недостаточное участие родителей в воспитании (Patterson et al., 1992; Winler, Diaz, McCarthy, Atencio & Chabay, 1999). Родители порой могут проявлять социально-когнитивный дефицит, такой же, как и у их детей, и можно сделать вывод, что тенденция антисоциальных детей видеть у других людей враждебные намерения иногда отражает социальные восприятия их родителей (Bickett, Milich & Brown, 1996). Наконец, зачастую в семьях часто встречается недостаток согласия, отражающийся в эмоциональной холодности, плохой коммуникации, неэффективном разрешении проблем, низкой поддержке друг друга и нарушении семейных отношений (Henggeler, Melton & Smith, 1992).

«Он так жестоко обращается с сестрой, пару раз он разбивал ей губу. И один раз она почти потеряла сознание, когда он ударил ее по голове пятифунтовой медной битой. А иногда он надевал ей на голову пластиковые пакеты» (Webster-Stratton & Herbert, 1994, стр. 45).

Со времен Каина и Авеля до Барта и Лайзы Симпсонов конфликт между братьями и сестрами привлекает к себе пристальное внимание (Johnston & Freeman, 1998). Такой конфликт особенно высок у детей с проблемами в поведении и у их братьев и сестер. В действительности уровень негативного поведения зачастую одинаково высок как у братьев и сестер с проблемным поведением, которых ругают родители, так и у тех, на кого родители не жалуются (Patterson, 1984, Patterson et al., 1992). Братья и сестры детей с проблемным поведением, на которых не жалуются родители, тоже ведут себя антисоциально, но вне дома, когда их братьев и сестер нет рядом, так что можно сделать вывод, что их проблемы — не просто ситуативные реакции на раздражающее поведение их антисоциального брата или сестры. Есть много возможных причин сходства в антисоциальном поведении братьев и сестер, в том числе плохое воспитание, эффект моделирования, прямое

влияние, разногласия в семье, психопатология родителей и общее наследственное влияние.

В этом разделе мы описали ряд наиболее общих проблем в семьях с трудными детьми. Далее мы рассмотрим, как они могут сочетаться с другими факторами и обуславливать антисоциальное поведение.

Проблемы, связанные со здоровьем

Молодые люди с проблемами поведения прибегают к паттернам, которые подвергают их сильному риску возникновения некоторых заболеваний или нанесения себе вреда. Так, в результате они могут приобрести болезни, передающиеся половым путем, или даже попасть в реанимацию при передозировке наркотиков. Неудивительно, что уровень ранней смертности (до 30 лет) обусловлен рядом причин: убийство, самоубийство, случайное отравление, несчастный случай, передозировка наркотиков. И такое в 3–4 раза чаще встречается у мальчиков с проблемами поведения, чем среди обычных молодых людей (вопреки популярному представлению, вовсе не хорошо умирать молодым!) (Kratzer & Higgins, 1997). Антисоциальное поведение, злоупотребление наркотиками, ранняя физическая зрелость, слабый контроль родителей и их конфликты или развод также связаны с ранней сексуальной зрелостью и занятиями сексом (Capeld, Crosbi & Stoolmiller, 1996). Кроме того, антисоциальное поведение в два раза чаще предопределяет начало занятий сексом у мальчиков в 11 классе (Tubman, Windle & Windle, 1996). Раннее сексуальное поведение приводит к тому, что больше молодых девушек рискуют забеременеть или заразиться венерическими заболеваниями. Риск заболеваний возрастает еще и из-за незрелости их репродуктивных органов и иммунной системы. Усиление опасности беременности тинейджеров, опасность СПИДа и других болезней, передающихся половым путем, также увеличивается, поскольку агрессивное и преступное поведение связано с рискованным сексуальным поведением, таким как наличие многочисленных партнеров и нежелание пользоваться контрацептивами (Biglan et al., 1990).

Злоупотребление наркотиками и алкоголем

После многолетнего спада уровень незаконного употребления наркотиками подростков начал снова возрастать в 1992 году (хотя пока он и остается намного ниже пикового уровня начала 80-х) (H. N. Snyder & Sickmund, 1999; Weinberg, Rahdert, Colliver & Glantz, 1998). Незаконное применение наркотиков среди 12–17-летних детей возросло в США и Европе более чем вдвое с 1992 по 1995 год, существенно увеличилось использование ЛСД, а также потребление других галлюциногенов, марихуаны, кокаина, крэка, амфетаминов, сигарет и алкоголя (Givalry, 2000). Тем не менее, после нескольких лет увеличения, количество молодых людей, использующих наркотики, в экономически развитых странах, кажется, выравнивается или даже снижается (O'Malley, Johnson & Vacman, 1999).

Незаконное употребление наркотиков и антисоциальная деятельность подростков тесно связаны (H. R. White, Loeber, Stouthamer-Loeber & Farrington, 1999). Например, молодые люди, когда-либо пользовавшиеся наркотиками или продававшие их, гораздо чаще носят оружие, состоят в банде, употребляют алкоголь или участвуют в разных других антисоциальных проявлениях, чем те, кто этого не делает (H. N. Snyder & Sickmund, 1999). Злоупотребление наркотиками и алкоголем в подростковом возрасте связано с рядом опасностей, таких, например, как несчастные случаи, насилие, исключение из школы, трудности в семье и опасное сексуальное поведение (Givalry, 2000). У некоторых подростков использование наркотиков также связано с преступностью, ранней сексуальностью и беременностью (Weinberg et al., 1998).

Являются ли проблемы в поведении, проявившиеся в детстве, фактором риска для дальнейшего использования наркотиков? Уже в дошкольные годы личностные характеристики, такие как гиперактивность и неспособность откладывать вознаграждение, определяли использование наркотиков в подростковом возрасте (Block, Block & Keyes, 1988). Оказалось, что раннее антисоциальное поведение во всем мире является фактором риска, способствующим злоупотреблению наркотиками в подростковом возрасте (Dishion, French & Patterson, 1995). Распространенность преступного поведения варьирует в зависимости от серьезности злоупотребления наркотиками, при этом около 10% подростков, употребляющих многочисленные наркотики, совершают более половину всех преступных нападений, краж и тяжких преступлений (O'Malley et al., 1999). Одна из отличительных черт взрослых преступников — это их использование табака, алкоголя и марихуаны в возрасте до 15 лет (Farrington, 1991). Таким образом, данные показывают, что проблемы поведения в детстве составляют фактор риска, влияющий на вероятность злоупотребления наркотиками в зрелом возрасте, и связующим звеном в этой взаимосвязи будет употребление наркотиков и преступность в раннем и позднем отрочестве (Brook, Whiteman, Finch & Cohen, 2000).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Многие дети с проблемами поведения проявляют вербальный и языковой дефицит, несмотря на свой нормальный уровень умственного развития.
- Эти дети переживают разные трудности в школе, в том числе у них возникают проблемы в языке и чтении, что может быть отчасти результатом гиперкинетического расстройства и синдрома дефицита внимания.
- Антисоциальное поведение может быть связано с завышенным и/или неустойчивым представлением о себе.

- Дети с проблемами поведения испытывают межличностные проблемы в общении со сверстниками. Зачастую они дружат с другими антисоциальными детьми.

- Общие семейные нарушения и нарушения в воспитании и функционировании семьи — наиболее сильные и последовательные корреляты антисоциального поведения.

- Подростки с проблемами поведения часто ведут себя так, что рискуют нанести себе вред или приобрести болезнь, передающуюся половым путем.

- Незаконное использование наркотиков связано с антисоциальной деятельностью в подростковом возрасте и с непосредственной опасностью, как, например, с несчастными случаями, насилием, исключением из школы, проблемами в семье и рискованным сексом.

СОПУТСТВУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА И СИМПТОМЫ

Большинство детей с проблемами поведения страдают еще от одного или более других расстройств, чаще всего от гиперкинетического расстройства и синдрома дефицита внимания и тревожного расстройства (Loeber & Keenan, 1994; Speltz, McClellan et al., 1999).

Гиперкинетическое расстройство и нарушения активности и внимания (синдром дефицита внимания)

Около 50% детей с расстройством поведения также страдают и от гиперкинетического расстройства и синдрома дефицита внимания (Nottelman & Jensen, 1995). Есть несколько возможных причин для такого совпадения:

- *Общий фактор*, такой как импульсивность или плохая саморегуляция, может привести как к расстройству поведения, так и к гиперкинетическому расстройству и синдрому дефицита внимания.

- *Гиперкинетическое расстройство и синдром дефицита внимания могут быть катализатором расстройств поведения*, придав им устойчивость и/или способствуя развитию более серьезных проблем в поведении (Loeber, Stouthamer-Loeber & Green, 1991).

- *Гиперкинетическое расстройство и синдром дефицита внимания могут привести к более раннему возникновению расстройств поведения*, в свою очередь определяющих постоянные проблемы в жизни больного (Robins, 1991).

Несмотря на то что между этими диагнозами много общего, исследования позволяют сделать вывод о

том, что расстройство поведения, с одной стороны, и гиперкинетическое расстройство и синдром дефицита внимания, с другой — это разные болезни. Во-первых, модель, включающая оба типа расстройств, более соответствует клиническим данным, чем предполагающая существование одного лишь расстройства социального поведения (Fergusson, Horwood & Lloyd, 1991; Hinshaw, 1987). Во-вторых, гиперкинетическое расстройство и синдром дефицита внимания чаще, чем расстройство поведения, ассоциируются с ослаблением когнитивных способностей, патологией нервной системы, отвержением со стороны сверстников, невнимательностью в классе и более высокой вероятностью несчастных случаев (Hinshaw & Anderson, 1996).

Подростки с расстройством поведения и гиперкинетическим расстройством и синдромом дефицита внимания также различаются в зависимости от того, какими качествами характеризуются их родители. Расстройство поведения само по себе и гиперкинетическое расстройство с синдромом дефицита внимания в комплексе с расстройством поведения связаны с высоким уровнем антисоциальности у родителей и с их агрессивным поведением, а гиперкинетическое расстройство и синдром дефицита внимания сами по себе — нет (Hinshaw, 1987). Дети, страдающие одновременно двумя типами расстройств, как правило, отличаются более острыми поведенческими и социальными недостатками, а кроме того, хуже учатся, чем дети с каким-либо одним из этих видов расстройств (Hinshaw, Lahey & Hart, 1993; Moffitt, 1990; M. A. Roberts, 1990).

Депрессия и тревога

Депрессия и тревога у детей с проблемами поведения возникают гораздо чаще, чем у нормальных подростков (Hops, Lewinsohn, Andrews & Roberts, 1990; Zoccolillo, 1992). Около одной трети из них получают диагноз депрессии или сопутствующего тревожного расстройства (Dishion, French & Patterson, 1995). Проблемы поведения у подростков также являются фактором риска, провоцирующим совершение молодыми людьми самоубийств, с сопутствующими проблемами злоупотребления наркотиками и депрессией в семье (Renaud, Brent, Birmaher, Chiapetta & Bridge, 1999).

Большинство женщин, в детстве страдавших расстройством поведения, став антисоциальными взрослыми, страдают от депрессивного и тревожного расстройства. Кроме того, у представителей и того и другого пола встречаются более серьезные проявления антисоциального поведения, связанные с усилением депрессии и тревоги (Zoccolillo et al., 1992; Zoccolillo & Rodgers, 1991, 1992). Сильная взаимосвязь между расстройствами поведения и расстройствами настроения будет очевидна, если мы учтем, что юные подростки с проблемами в отношениях, позже в отрочестве, в одинаковой степени страдают как от внешних, так и от внутренних проблем (Nottelman & Jensen, 1995). Это особенно характерно для подростков-девочек, у которых именно антисоциальные симптомы, а не проблемы экстернализации обуславливают появление депрессии и тревожности (D. O. Lewis et al., 1991; Robins, 1986; Robins & Rutter, 1990).

Дети с проблемами в поведении и сопутствующим тревожным расстройством, как правило, менее агрессивны, чем дети с одним только расстройством поведения, но скрытые симптомы, такие как ложь и воровство, у тех и у других одинаковы (Walker et al., 1991). Предполагается, что присутствие тревоги у детей с расстройством поведения может сдерживать агрессивные поступки (Pine, Cohen, Cohen & Brook, 2000). Подтверждением этой теории служат данные о том, что мальчики с расстройством поведения и тревожными расстройствами показывают более высокий уровень слюнного кортизола, который, как известно ассоциируется с более высокой степенью сдерживания в поведении — чем мальчики с одним только расстройством поведения (McBurnett et al., 1991). У мальчиков с расстройством поведения более низкий уровень слюнного кортизола непосредственно связан с более агрессивным и деструктивным поведением (McBurnett, Lahey, Rathouz & Loeber, 2000). Интересно, что хотя дети с проблемами в поведении, как правило, более тревожны, чем дети без проблем поведения, дети с безразлично-безэмоциональным межличностным стилем менее тревожны (Frick, Lilenfeld, Ellis, Loney & Silverthorn, 1999).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Около 50% детей с расстройством поведения также страдают от гиперкинетического расстройства и синдрома дефицита внимания. Несмотря на то что у этих заболеваний много общего, гиперкинетическое расстройство и синдром дефицита внимания и расстройство поведения, по-видимому — различные расстройства.

- Приблизительно одной трети детей с проблемами поведения ставят диагноз депрессии или сопутствующего тревожного расстройства.

- Дети с проблемами поведения и сопутствующим тревожным расстройством менее агрессивны, чем дети с одним только расстройством поведения, но скрытые симптомы, такие как ложь и воровство, у них одинаковы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОБЛЕМ ПОВЕДЕНИЯ, ПОЛ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ

Распространенность

Клинический диагноз расстройства поведения довольно распространен, он охватывает от 2 до 6% всех детей или от 1 до 4 миллионов детей в Северной Америке (Hinshaw & Anderson, 1996; Zoccolillo,

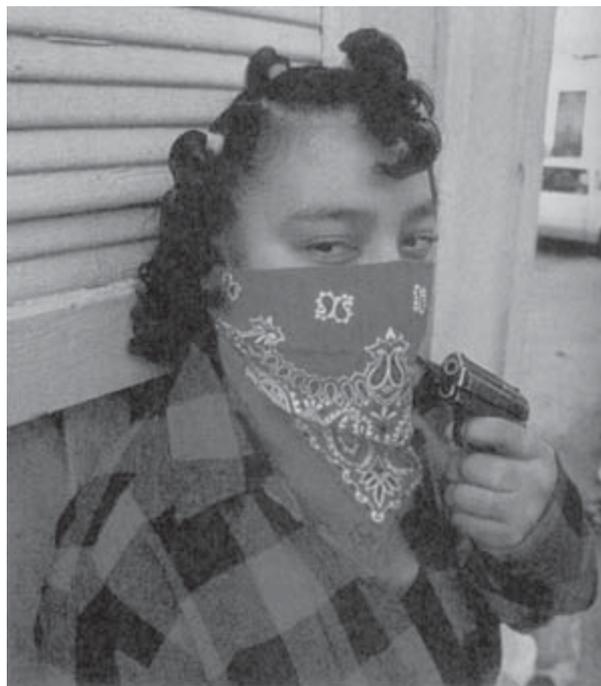
1993). Уровень оппозиционно-демонстративных расстройств приблизительно в два раза превышает уровень расстройств поведения и в среднем составляет 12% всех детей (Nottelman & Jensen, 1995). Учтите, однако, что эти показатели варьируют и зависят от пола, возраста и социально-экономического уровня ребенка.

Пол

Энн: Беглянка

Энн — 13-летняя девочка, которая до недавнего времени жила со своей матерью, отчимом и младшим братом. В течение 6 последних месяцев она живет в приюте для молодежи и находится под надзором, потому что постоянно убегает. Родители говорят, что Энн любит спорить, не слушается, часто лжет. Кроме того, она часто крадет вещи и ювелирные изделия из домов родственников и друзей, а также у своих родителей...

За последние 3 года Энн четыре раза сбежала из дома. Каждый раз приходилось обращаться в полицию. Побегов стало еще больше после того, как ее отругали за воровство и курение сигарет... Однажды Энн сбежала и ее не было трое суток. Полиция нашла девочку, когда та бродила по улице поздно ночью на другом конце города (приблизительно в 10 милях от своего дома). Энн не захотела сказать полицейским, кто она и где живет; в результате прошло еще несколько часов, прежде чем ее вернули домой (адаптировано из Kazdin, 1995, стр. 3–5).



Девочки есть девочки.

Есть несколько различий в уровне или серьезности поведенческих проблем у мальчиков и девочек в первые годы жизни, но наиболее четко различия проявляются к 4-летнему возрасту (Keenan & Shaw, 1997). В детстве уровни расстройств поведения у мальчиков в 3 или 4 раза выше, чем у девочек, и расстройства возникают у мальчиков раньше и отличаются большей устойчивостью, чем у девочек (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987; McGee, Feehan, Williams & Anderson, 1992; Zoccolillo, 1993). Хотя уровень расстройства поведения, преступность и преступления взрослых выше у мальчиков, чем у девочек, многие девочки также страдают от серьезных проблем поведения. По некоторым оценкам проблемы поведения встречаются у 3% всех девочек (Eme & Kavanagh, 1995; Webster-Stratton, 1996).

Хотя половые различия усиливаются в середине детства, они ослабевают или совершенно исчезают к 15 годам (McDermott, 1996; McGee, Feehan, Williams & Anderson, 1992). Усиление проблем поведения у девочек в подростковом возрасте связано в первую очередь с усилением скрытого неагрессивного антисоциального поведения (Zoccolillo, 1993). Например, Энн ворует, лжет и убегает из дома, но физически она не агрессивна. У мальчиков самые первые симптомы расстройства поведения — агрессия и воровство, тогда как у девочек — дурные поступки, связанные с сексом (Offord, Alder & Boyle, 1986). Антисоциальные девочки чаще других устанавливают взаимоотношения с антисоциальными мальчиками (Caspi, Elder & Bem, 1987), рано беременеют и у них в дальнейшем наблюдается широкий спектр расстройств, в том числе тревога, депрессия, и проявляется плохое воспитание (D. E. Lewis et al., 1991; Serbin, Moskowitz, Schwartzman & Ledingham, 1991).

Хотя количественно различия между антисоциальными поступками мальчиков и девочек в подростковом возрасте снижаются, мальчики по-прежнему более склонны к насилию, чем девочки, на всем протяжении жизни, и они чаще девочек принимают участие в повторяющихся актах насилия (Chesney-Lind & Shelden, 1992; McGee et al., 1992; Robins, 1991).



Девочки чаще мальчиков используют косвенные формы агрессии, например, сплетни.

Однако это не означает, что девочки не жестоки. Около 45% женщин совершают, по крайней мере, один акт насилия (по сравнению с 65% мужчин). К сожалению, способность к насилию становится одинаково возможным недостатком как мальчиков, так и девочек.

Точные причины гендерных отличий в антисоциальном поведении неизвестны. Предполагалось, что девочки могут более легко входить в контакт, чем мальчики, так как у них более развитые навыки коммуникации и выше уровень эмпатии и сдерживающий контроль в более молодом возрасте (Keenan & Shaw, 1997; Kochanska et al., 1994; Kochanska, Murray & Coy, 1997). Гендерные отличия могут быть также результатом того, что существуют дефиниции, в соответствии с которыми физической агрессии придается большое значение и гораздо меньшее значение имеют менее физически агрессивные формы антисоциального поведения, свойственного девочкам (Crick, Bigbee & Howes, 1996). Девочки, когда рассердятся, чаще мальчиков применяют косвенные формы агрессии, такие как вербальные оскорбления, сплетни, насмешки, остракизм, угрозы порвать дружбу, сведение счетов или помощь третьего лица (Bjorkqvist & Niemela, 1992; Crick et al., 1996). Кроме того, девочки чаще мальчиков расстраиваются из-за агрессивных социальных взаимодействий (Crick, 1995). По мере того как девочки переходят в подростковый возраст, их агрессивное поведение сдерживается установкой на принятие группы и присоединение, тогда как агрессия мальчиков по своей природе остается конфронтационной (Crick & Rose, 2000).

В антисоциальном поведении мальчиков и девочек, направляемых на курсы терапии, существует гораздо меньше отличий, чем у здоровых детей. Несмотря на то что мальчики и девочки с проблемами поведения в клиниках в равной степени проявляют агрессивность (Dishion & Andrews, 1995), девочки в клиниках проявляют больше отклонений по сравнению со своими сверстницами-одногодками, чем мальчики (Webster-Stratton, 1996; Zoccolillo, 1993). Это происходит из-за того, что мальчики, как правило, играют в более грубые игры, хулиганят, дерутся и не слушаются, в отличие от обычно послушных и уступчивых девочек (Achenbach, 1991a; Maccoby, 1986). Так как открытое антисоциальное поведение более распространено у мальчиков, их симптомы заметнее в юном возрасте и этим можно объяснить более раннее проявление проблем в их поведении. А поскольку у девочек антисоциальное поведение проявляется в раннем детстве не так ярко, то, чтобы с раннего детства отличить девочек с расстройствами поведения, требуется более низкий порог отклонений или другие диагностические критерии (Zoccolillo, 1993).

Девочки могут также проявлять различные проблемы приспособляемости, и развитие их антисоциального поведения происходит несколько иначе, чем у мальчиков (Wangby, Bergman & Magnusson, 1999). В одних случаях девочки начинают рано совершать плохие поступки, дружат с антисоциальными свер-

стниками, совершают преступления и употребляют наркотики в отроческом возрасте. В других случаях существует развитие по типу «отсроченное возникновение антисоциального поведения», характерное для девочек, которые несмотря на то что сталкиваются с многими факторами риска, влияющими на антисоциальное поведение в детстве (например когнитивным и нейropsychологическим дефицитом, разладом в семье), тем не менее начинают вести себя антисоциально только в отрочестве (Silverthorn & Frick, 1999).

У некоторых девочек рано начинаются менструации, и это косвенным образом усиливает антисоциальность их поведения, так как они чаще общаются с преступными сверстниками (Caspi, Lynam, Moffitt, Caspi, Belsky & Silva, 1992). Интересно, что раннее наступление месячных влияет на усиление преступности в первую очередь среди девочек, посещающих школы смешанного типа, а не школы для девочек. В школах с классами смешанного гендерного типа девочки сталкиваются с мальчиками, являющимися примером антисоциального поведения и оказывающими на них давление, девочек, развившихся физически, мальчики побуждают вступать в раннюю сексуальную связь. Такой опыт может побудить к антисоциальному поведению тех девочек, которые имеют склонность к проявлению асоциальных поступков в компании мальчиков, а не девочек (Caspi et al., 1993).

Пути развития асоциального поведения

Долгосрочные исследования сильно продвинули наше понимание антисоциальных паттернов, позволив понять как общие закономерности развития, так

и его вариативность (Loeber, Green, Lahey, Frick & McBurnett, 2000).

Общее направление в возникновении проблем поведения. На рис. 6.4 показан приблизительный порядок появления различных форм деструктивного и антисоциального поведения. Хотя существуют отдельные свидетельства, например, когда 9-месячного младенца исключали из детского сада за избивание других детей, ранние признаки проблем в поведении, как правило, не столь очевидны (Kazdin, 1995, стр. 27). Самые первые признаки асоциального поведения — это *трудный темперамент в первые несколько лет жизни* (проявление невропатии у детей. — Прим. науч. ред.). Трудный темперамент выражается в суетливости, раздражительности, нерегулярном сне и еде, расстройстве и фрустрации в ответ на новые события. Тем не менее, как мы уже говорили о расстройствах внимания и гиперактивности, хотя эти проявления предшествуют возникновению проблем поведения впоследствии, они не специфичны только для этого типа расстройств.

В дошкольный период и в начальной школе возможные неврологические нарушения могут вызвать у ребенка заметную гиперактивность по мере того как он приобретает способность двигаться и усиливается опасность оппозиционного и агрессивного поведения. Дошкольники с оппозиционно-демонстративным расстройством проявляют упрямство, у них случаются вспышки раздражительности, они обвиняют и досаждают другим и проявляют злобу — эти проблемы остаются стабильными на протяжении 2–5 лет (S. V. Campbell, 1990). Проблемы, связанные с дисциплиной и плохой саморегуляцией в раннем детстве, особенно когда они сопровождаются пло-

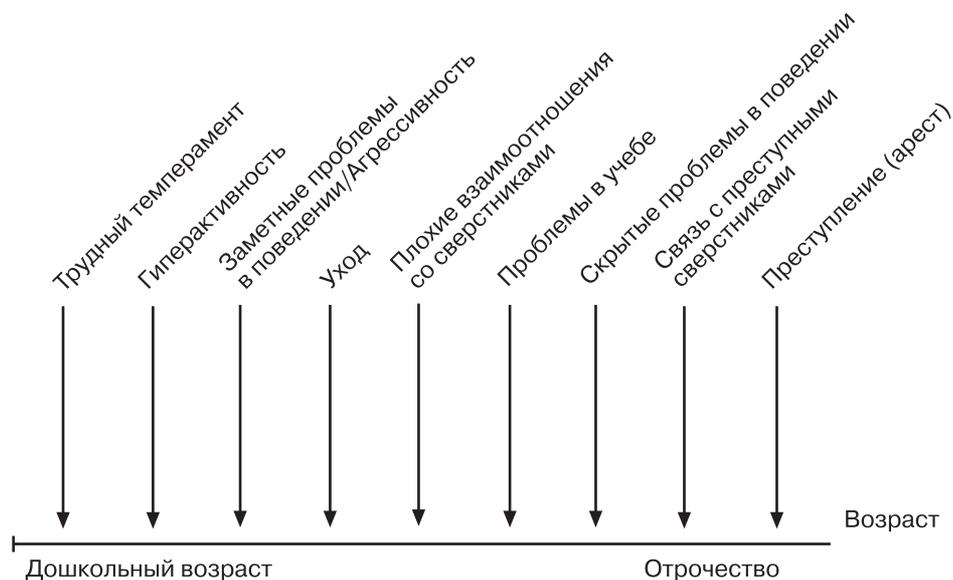


Рис. 6.4. Приблизительный порядок возникновения различных форм деструктивного и асоциального поведения с детства и в отрочестве (Loeber, 1990).

хим воспитанием и высоким уровнем стресса, — яркие показатели того, что ребенок и в дальнейшем будет испытывать проблемы поведения (С. В. Cambell, Pierce, March, Ewing & Szumowski, 1994; S. B. Campbell, Shaw & Gilliom, 2000).

Большинство детей с проблемами поведения проявляют полиморфность поведенческих нарушений, со временем к их асоциальным поступкам прибавляются новые, а не просто повторяются старые. Плохие социальные навыки и социально-когнитивный дефицит часто сопровождают рано возникающее оппозиционное и агрессивное поведение, так что ребенок становится предрасположен к установлению плохих взаимоотношений со сверстниками, отвержению сверстниками и социальной изоляции. С поступлением в школу проблемы импульсивности и внимания могут привести к возникновению затруднений в чтении и академической неуспеваемости. Скрытые проблемы поведения, такие как прогулы или злоупотребления наркотиками, также начинают возникать во время учебы в начальной школы и усиливаются в раннем отрочестве. В возрасте с 8 до 12 лет начинает возникать такое поведение, как драки, хулиганство, поджоги, вандализм, жестокое отношение к животным и людям, акты воровства.

Во всех культурах проблемы поведения чаще возникают в отрочестве, чем в детстве. Преступное поведение резко усиливается в средней поре отрочества, достигает пика в возрасте 17 лет, затем так же резко идет на убыль в конце отрочества и ранней зрелости (Hirschi & Gottfredson, 1983). Отрочество характеризуется ростом *связи с оппозиционными сверстниками*, когда после того как подростков арестовывают или повторно арестовывают и они начинают нести уголовную ответственность. В возрасте

от 12 до 14 лет особенно часто трудные подростки злоупотребляют наркотиками, совершают такие проступки, как злоупотребление наркотиками, сексуальные нападения, разрушение собственности, побег из дома, прогулы, мошенничество, грабежи и взломы. К 18 годам многие дети с расстройством поведения уже проявляют признаки антисоциальности — в том числе злоупотребляют наркотиками, прибегают к опасному сексу, усваивают опасные привычки в вождении автомобилей, заводят себе преступных друзей и оказываются без работы (Moffitt et al., 1996).

Означает ли такой ход развития, что каждый ребенок с проблемами поведения становится преступным подростком? Очевидно, нет. Последовательность на диаграмме рис. 6.4 иллюстрирует максимальное развитие проблем поведения, начинающееся в раннем возрасте и продолжающееся в отрочестве. Хотя некоторые дети достигают такого максимального развития антисоциальных паттернов, другие прекращают вести себя антисоциально в юном возрасте, у третьих подростков может не возникать никаких трудностей до отроческого возраста, и не все дети полностью проявляют все описанные проблемы. Это приводит нас к двум важным мыслям об общем развитии. Как показано на рис. 6.5, лишь очень ограниченное число детей проявляет стабильный паттерн антисоциального поведения на протяжении всей своей жизни, а большинство этого не делает.

Две линии поведения. Существует столько же путей развития асоциального поведения, сколько есть на свете детей. Тем не менее множество данных свидетельствует о том, что есть два общих пути развития: путь асоциального развития на протяжении

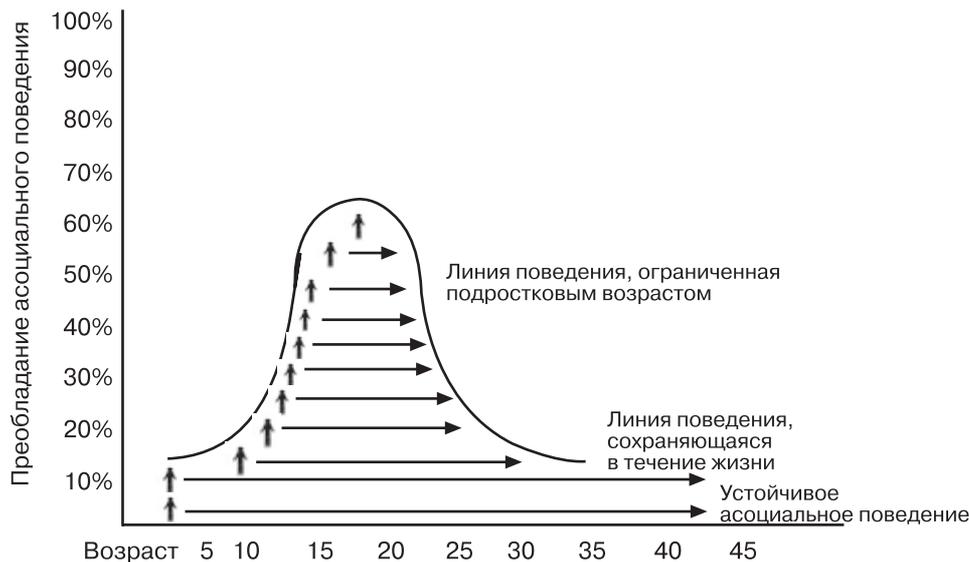


Рис. 6.5. Изменение распространенности участия в антисоциальном поведении на протяжении всей жизни (Moffitt, 1993a).

всей жизни и путь, ограниченный подростковым возрастом (Caspi & Moffitt, 1995; Moffitt et al., 1996).

Линия поведения, сохраняющаяся в течение жизни (life-course-persistent path), наблюдается приблизительно у 7% детей и характерна для тех, кто участвует в асоциальном поведении с раннего возраста и продолжает вести себя также и будучи взрослым. Эти подростки могут «кусаться и пинаться в 4 года», красть и прогуливать в 10, продавать наркотики и красть машины в 16, совершать грабежи и изнасилования в 22 года и мошенничество и насилие над детьми в 30» (Moffitt, 1993a, стр. 679). У таких детей характер остается неизменным, но способ выражения меняется на протяжении развития у ребенка, по мере того как появляются новые «возможности» его выразить (Patterson, 1993). У детей с этой линией поведения антисоциальность возникает довольно рано, потому что незначительный нейрорепсихологический дефицит может помешать им развить язык, память и самоконтроль, и все это приводит к когнитивной задержке и формированию трудного темперамента к 3-м годам или даже раньше. Этот дефицит повышает уязвимость ребенка к антисоциальным явлениям в социальной среде, например, к оскорблениям и плохому воспитанию, а это ведет к оппозиционному поведению и возникновению проблем (Moffitt, 1993a).

Только около половины детей, проявляющих ранние асоциальные тенденции, в дальнейшем участвуют в серьезных преступлениях в подростковом возрасте. Эти тинейджеры чаще всего совершают жестокие преступления и уходят из школы. Такие подростки в разных ситуациях проявляют себя последовательно одинаково, например они лгут дома, воруют в магазинах и обманывают в школе. Вступив в пору ранней зрелости, им трудно установить устойчивые отношения, они проявляют недоверие к окружающим, агрессивное доминирование и импульсивность. После периода отрочества у таких людей редко случается полное и спонтанное «выздоровление», оно наблюдается только у 6% молодых подростков. Такой паттерн поведения сохраняется в течение жизни лишь укрепляется, а последствия антисоциальных поступков аккумулируются. Например, из-за плохого самоконтроля и ограниченности интеллекта человек порой принимает имеющие тяжелые последствия решения. Так подросток может бросить школу или начать злоупотреблять наркотиками, а это поведение еще больше ограничивает его возможности в дальнейшей жизни (Caspi & Moffitt, 1995).

Линия поведения, ограниченная отрочеством (the adolescent-limited path), характерна для подростков, чье антисоциальное поведение начинается в период полового созревания и продолжается в отрочестве, но потом прекращается в период ранней зрелости (Farrington, 1986). Около 30% подростков попадают в категорию асоциального развития, ограниченного отрочеством (Hamalainen & Pulkkinen, 1996; Moffitt et al., 1996). По этому пути идет большинство молодых нарушителей закона, чье асоциальное поведение ограничивается, в основном, пери-

одом отрочества и юности. Такие подростки проявляют менее крайние формы асоциальной активности, чем те, кто формирует длительные асоциальные паттерны, они реже уходят из школы и сильнее привязаны к семье. Преступная деятельность на пути асоциального развития, ограниченного отрочеством, часто связана с временными ситуативными факторами, особенно влиянием сверстников. Поведение таких подростков непоследовательно в разных ситуациях — они могут употреблять наркотики или воровать с друзьями, при этом следуя прочим социальным нормам и хорошо учась в школе.

Марк: Зов предков

Я вырос в очень бедной семье. Моя мама всегда жила на социальное пособие и у нас никогда ничего не было. Как только мне исполнилось, кажется, лет 11, я стал интересоваться ребятами, нарушавшими правила. Я, бывало, смотрел, что они делали, что у них было. Там был один парень, кутивший травку... Он спрыгивал с деревьев как будто супермен, и все такое. Я смотрел на него и говорил «вот таким я хочу быть»... Он был для меня образцом для подражания (adapted from Goldentyer, 1994).

Марк присоединился к подростковой банде, когда ему исполнилось 13 лет. Через два года, после ряда арестов и четырех сроков в исправительной колонии, Марк разочаровался в банде и ему удалось изменить свой образ жизни. Теперь ему 17 и он работает в церкви и помогает другим молодым людям, таким же как и он сам (Goldentyer, 1994).

Привлекательность запрещенных подростку привилегий взрослого, таких как употребление алкоголя, вождение машины или занятия сексом, могут мотивировать некоторых из них, даже не проявляющих признаков антисоциальности, совершать антисоциальные поступки в период наступления подросткового возраста. Эти подростки могут наблюдать за своими сверстниками, которые уже ведут устойчиво асоциальный образ жизни, получая желанные привилегии взрослых нечестными средствами, и начинают подражать им. В конце концов, когда они получают доступ к привилегиям взрослых, то перестают нарушать закон, прибегают к более адаптивному и просоциальному поведению и вновь возвращаются к ценностям, усвоенным ими раньше (Moffitt, Lynam & Silva, 1994).

Некоторые подростки с антисоциальным развитием, ограниченным периодом отрочества, отказываются от своих прежних привычек, когда им уже далеко за 20. Такое постоянство зачастую приводит к *западни*, когда после асоциальных поступков перед молодым человеком захлопываются все двери и он не может получить хорошую работу, высшее образование или привлечь партнера противоположного пола, который мог бы его поддержать. Самый распространенный тип западни — это незапланированное материнство (отцовство), исключение из школы,

зависимость от наркотиков или алкоголя, инвалидность вследствие увечий, безработица, нерегулярная черная работа, ухудшение отношений в семье, заключение в тюрьму, плохая репутация и преступный образ Я (Moffitt et al., 1994).

Основываясь исключительно на асоциальных поступках подростка, нельзя сделать вывод о том, каким именно путем он идет — путем антисоциального развития, ограниченного периодом отрочества, или путем антисоциального развития на протяжении всей жизни. На это не могут указать ни самоотчеты, ни официальные сведения о нарушениях закона, ни преступность сверстников, злоупотребление наркотиками и алкоголем, рискованные занятия сексом или опасное вождение автомобиля. Тем не менее эти две группы легко разграничить, если мы рассмотрим более длительный период времени и

учтем различия в темпераменте, склонность к жестокости и психопатию (Moffitt, 1993a).

Прогнозирование пожизненного антисоциального развития и ограниченного во времени антисоциального развития помогает нам понять, почему взрослое антисоциальное поведение почти всегда предваряется асоциальным поведением в детстве, тогда как большинство асоциальных подростков не становятся асоциальными взрослыми (Robins, 1978). На пороге ранней зрелости дороги подростков с пожизненным и ограниченным социальным развитием расходятся. У подростков с развитием пожизненного асоциального поведения образ жизни и поведение остаются стабильными, а у подростков с ограниченным во времени асоциальным развитием поведение меняется (Dishion, Andrews & Crosby, 1995).

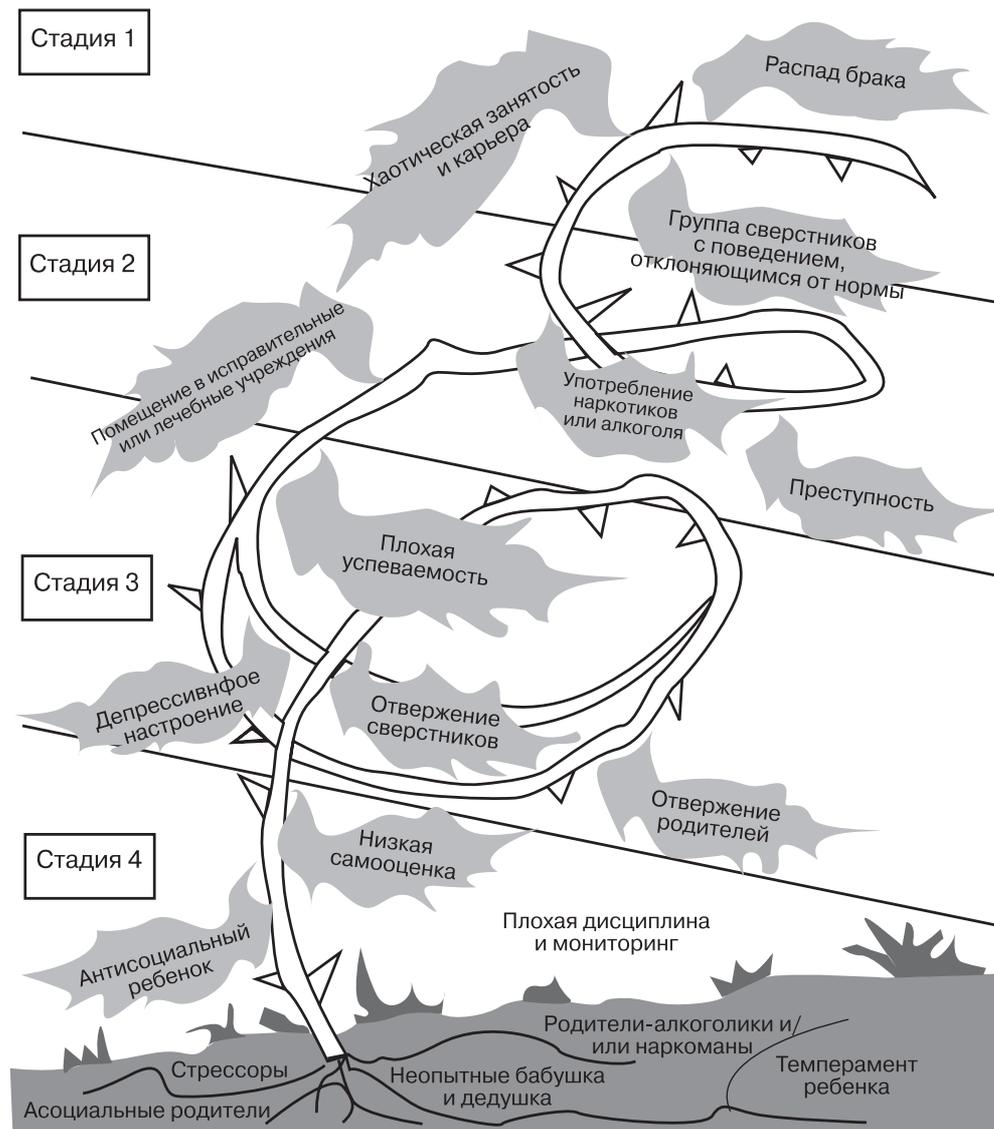


Рис. 6.6. Сорная трава: естественный рост проблем в поведении на протяжении всей жизни (Patterson et al., 1992).

Последствия антисоциального поведения в зрелости

Число нарушителей в возрасте сразу после 20 лет уменьшается приблизительно наполовину и почти 85% прежних преступников к 30 годам перестают нарушать закон (Caspi & Moffitt, 1995). Эта общая взаимосвязь между возрастом и преступностью применима как к мужчинам, так и к женщинам разных западных наций для большинства типов преступлений в недавние периоды истории (Caspi & Moffitt, 1995). Однако результат развития взрослых зависит от типа и разнообразия проблем поведения в детстве и отрочестве в сочетании с рядом факторов риска и защищающих факторов в самом ребенке, в семье и обществе (Kokko & Pulkkinen, 2000). Порой, даже когда антисоциальное поведение в зрелом возрасте снижается, дизадаптивный стиль общения может сохраняться и способствовать возникновению проблем в семье, со здоровьем и трудностей на работе.

Многие дети с проблемами поведения, в особенности дети, чье поведение остается антисоциальным

на протяжении длительного периода времени, в зрелости становятся преступниками, у них возникают эмоциональные проблемы, они плохо приспосабливаются в обществе, у них ухудшается здоровье, их работа непродуктивна и они плохо справляются с воспитанием собственных детей. Взрослые с агрессивными наклонностями, как правило, не продвигаются вверх по социальной лестнице, беспорядочно меняют работу. Причиной может оказаться как низкий уровень навыков, так и проблемы в налаживании отношений с коллегами на работе и начальниками. В зрелом возрасте люди с проблемами поведения чаще разводятся и чаще выбирают партнеров с антисоциальными характеристиками. Одно дополнительное исследование взрослых женщин, имевших проблемы поведения в подростковом возрасте, обнаружило, что и в более зрелом возрасте у этих женщин эти проблемы сохраняются. У большинства из них возникают депрессивные и тревожные расстройства, 6% умерли насильственной смертью, многих исключили из учебных заведений, одна треть забеременела до 17 лет, половина повторно

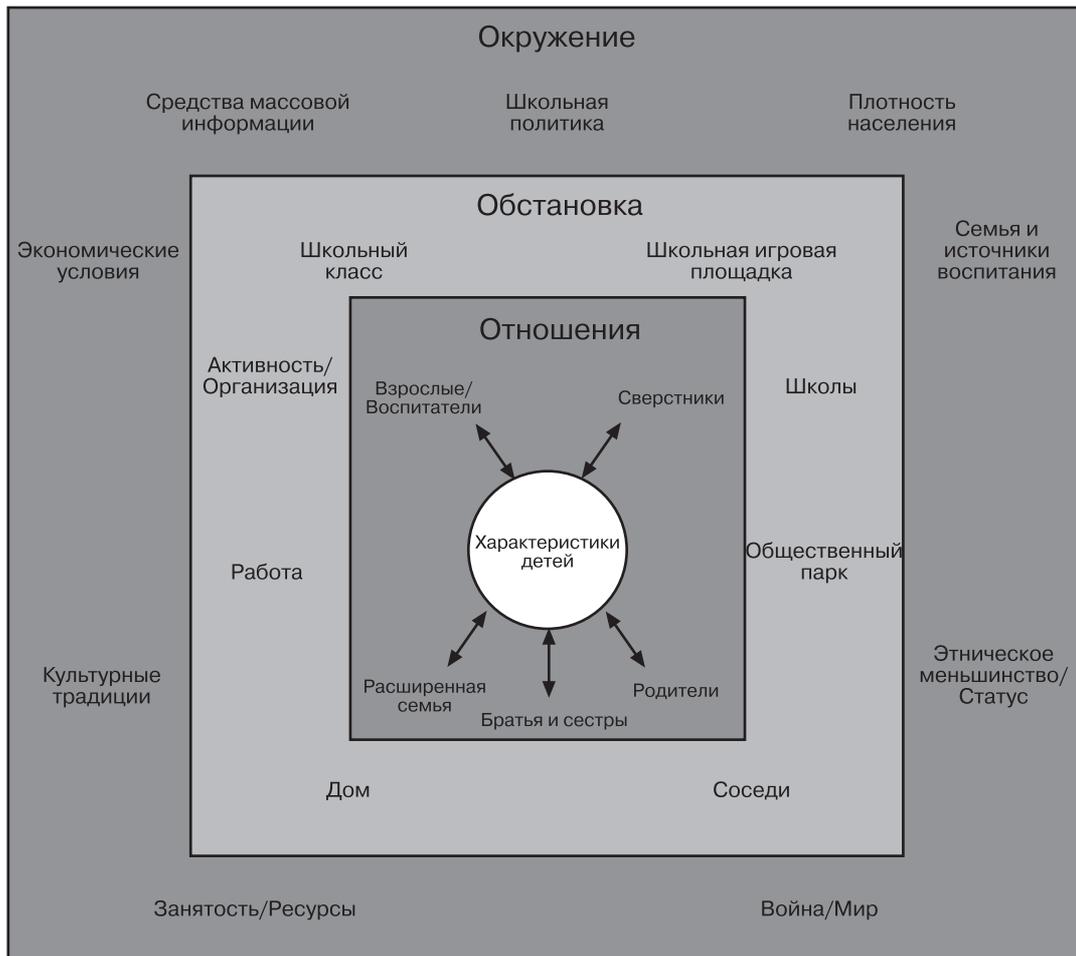


Рис. 6.7. Структура причин проблем поведения. (Источник: Dishion et al., 1995).

арестовывалась и многие из них страдали от серьезных заболеваний (Zoccolillo & Rogers, 1991, 1992).

Возникновение проблем в поведении на протяжении жизни графически представлено на рис. 6.6 «Сорная трава».

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Предполагаемая распространенность расстройств поведения составляет около 2–6% всех детей. Распространенность оппозиционно-демонстративных расстройств, по крайней мере, в два раза выше и составляет в среднем 12%.

- В детстве проблемы поведения в 3 или в 4 раза чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек. Это различие ослабляется или полностью исчезает к 15 годам, главным образом, благодаря усилению скрытого неагрессивного антисоциального поведения у девочек.

- Существует общий для всех процесс развития антисоциального поведения от трудного темперамента в раннем детстве и гиперактивности до оппозиционного и агрессивного поведения с возникающими впоследствии социальными проблемами, затруднениями в школе, хулиганством в подростковом возрасте и преступным поведением в зрелости.

- Линия поведения, сохраняющаяся в течение жизни, свойственна детям с проявлением антисоциального поведения на ранних стадиях развития, которые продолжают так поступать и в зрелости.

- Путь, ограниченный отрочеством, характерен для подростков, чье антисоциальное развитие начинается в возрасте, близком к половому созреванию, и продолжается в отрочестве, и кто позже отказывается от этого поведения в ранней зрелости.

- Значительное число детей с проблемами поведения продолжают испытывать проблемы и в зрелом возрасте, в том числе совершают преступления, у них возникают психиатрические отклонения, они плохо приспособляются в обществе, у них портится здоровье, им трудно найти работу, они не справляются с воспитанием своих собственных детей.

ПРИЧИНЫ

Когда речь заходит о проблемах поведения, то нельзя найти простых или однозначных причин. Возьмем пример братьев Вайдман — один брат Джон Эдгар, известный писатель, автор бестселлера *Brothers and Keepers* («Братья и хозяева»), а второй брат Робби отбывает тюремное заключение за убийство. Как можно объяснить такие резкие отличия между братьями, воспитывавшимися в одной и той же семье? Вызваны ли они различиями в наслед-

ственности, нейробиологическом функционировании, трудными родами, темпераментом, умственным развитием, опытом жизни в семье, влиянием сверстников, проблемами в школе или, как это бывает чаще всего, сочетанием этих факторов?

В прошлом подходы к решению проблем поведения касались в основном агрессии детей и связывали ее с какой-нибудь одной причиной, например: агрессивными тенденциями, фрустрацией, плохими ролевыми моделями, подкреплением или дефицитом социального опыта. Тем не менее большинство этих объяснений, описывающих какую-то одну главную причину можно подвергнуть сомнению. Например, не все дети ведут себя агрессивно, как это могла бы предсказать теория агрессивного драйва, и фрустрация порой ведет к сотрудничеству, а не агрессии. Кроме того, теории, выдвигающие одну причину, не очень эффективно предсказывают, почему выраженность и тип агрессивного поведения меняются в зависимости от возраста ребенка и ситуации (Patterson, 1996). Хотя каждая теория, выдвигающая единственную причину, указывает на потенциально важную причину, ни одна теория не объясняет все формы антисоциального поведения (Tremblay, 2000).

Далее мы рассмотрим несколько предполагаемых причин проблем поведения. Хотя для того чтобы пользоваться простыми понятиями, мы исследуем их по отдельности, вспомним, что проблемы поведения у детей лучше всего объясняются многочисленными причинами или факторами риска и предупреждающими факторами, играющими роль в процессе транзакций в течение некоторого периода времени (Hinshaw & Anderson, 1996). Как показано на рис. 6.7, современные психологи рассматривают проблемы поведения как результат взаимодействия между ребенком, семьей, обществом и культурными факторами (Lahey, Waldman & McBurnett, 1999; Shaw, Bell & Gilliom, 2000).

Генетические влияния

Распространенность агрессивного и антисоциального поведения у людей и тот факт, что подобное поведение встречается в некоторых семьях на протяжении нескольких поколений, говорит о важном значении генетического влияния. Хотя проблемы поведения не передаются по наследству, биологически наследуемые черты, такие как трудный темперамент или импульсивность, могут предрасположить детей к развитию этих паттернов поведения.

Очевидно, некоторые дети с рождения предрасположены к импульсивности, переменам настроения, недостаточной настойчивости в разрешении проблем, беспокойству, негативизму и чувствительности к стрессу (Caspi, Henri, McGee, Moffitt & Silva, 1995). В отдельных исследованиях обнаруживается связь между трудным темпераментом в юности и риском развития проблем в поведении впоследствии (Sanson & Prior, 1999). Трудный темперамент в 6 месяцев, как было показано, определяет внешние проблемы в возрасте среднего детства (Bates, Bayles,

Bennett, Ridge & Brown, 1991). Беспокойное, импульсивное и эмоционально неустойчивое поведение в возрасте 3-х лет отличает подростков с антисоциальными расстройствами от проявляющих другие виды расстройств или не проявляющих расстройств вообще (Caspi et al., 1995; J. L. White, Moffitt, Earls, Robins & Silva, 1990). Другие исследования обнаружили, что детский темперамент, включающий, в частности, импульсивность, рискованное поведение и недостаток концентрации, ведет к насилию и жестоким преступлениям в конце подросткового возраста и в зрелости (B. Henry, Caspi, Moffitt & Silva, 1996).

Исследования приемных детей и близнецов подтверждают значимость генетического влияния, при этом около половины разного рода отклонений, связанных с антисоциальностью, можно отнести за счет наследственности (Mason & Frick, 1994). Тем не менее, как мы будем обсуждать дальше, сила влияния генетических факторов на антисоциальное поведение различается у взрослых, подростков и детей. Кроме того, генетическое влияние на открытые формы антисоциального поведения, такие как агрессия, сильнее, чем на скрытые акты, такие как воровство и ложь (Edelbrock, Rende, Plomin & Thompson, 1995).

Исследования приемных детей и близнецов подтверждают роль генетического влияния на агрессивное поведение и преступность у взрослых (DiLalla & Gottesman, 1989; Tellegen et al., 1988). Оказывается, что дети, усыновленные при рождении, которые к зрелости приобрели антисоциальное расстройство личности или злоупотребляющие наркотиками, находятся под влиянием биологических, а не приемных родителей (Cadoret, Yates, Troughton, Woodworth & Stewart, 1995a, 1995b). Уровни соответствия преступности у взрослых монозиготных и дизиготных близнецов сильно отличаются, так что нельзя предположить, что на них влияет генетика (Raine, 1993).

У подростков средние уровни соответствия преступности составляют около 85% для монозиготных близнецов и 70% для дизиготных близнецов соответственно. (DiLalla & Gottesman, 1989; Raine, 1993). Это сходство в уровне соответствия предполагает, что влияние окружающей среды ослабляет влияние генетических факторов на агрессивное и антисоциальное поведение в подростковом возрасте (Rowe, Almeida & Jacobson, 1999). Так как исследования несовершеннолетних преступников объединяют вместе подростков с устойчивой антисоциальностью, сохраняющейся на протяжении всей жизни, и подростков, чье антисоциальное поведение ограничивается подростковом возрастом, остается неясным различие в роли генетических факторов для обеих групп (Gottesman & Goldsmith, 1994; Raine, 1993). Однако обнаружилось, что дети с устойчивым паттерном антисоциального поведения в два раза чаще обладают соответствующей наследственностью, создающей фактор риска, чем дети с паттерном антисоциального поведения, ограниченного подростковом возрастом (Frick & Jackson, 1993).

Исследования детей-близнецов показали еще менее последовательную картину генетического влияния, при этом наследственные факторы широко варьировались (Plomin, Nitz & Rowe, 1990). Таким образом, хотя и обнаружилось, что генетические факторы влияют на некоторые характеристики детей, связанные паттернами антисоциальности, роль генетического влияния в детстве требует дальнейшего изучения (Caspi & Moffitt, 1995).

В целом исследования приемных детей и близнецов предполагают, что генетические факторы влияют на антисоциальное поведение в течение всей жизни, также как и факторы окружающей среды. Исследования, однако, не указывают механизмы, посредством которых происходит этот процесс. Вполне вероятно, что генетическое влияние способствует развитию трудного темперамента, импульсивности и нейропсихологического дефицита, создает антисоциальную предрасположенность, делающую вероятность антисоциального поведения выше у тех, кто склонен к таким тенденциям в поведении, чем тех, кто к этому не склонен (Eme & Kavanaugh, 1995; Gottesman & Goldsmith, 1994).

Предполагается, что у антисоциальных личностей, особенно у людей с психопатией, **формируется установка на вознаграждение (reward dominance)** — тенденция, которая заставляет их стремиться к вознаграждениям больше, чем другим (B. S. O'Brien & Frick, 1996). Выраженность этой установки у людей с проблемами поведения связывалось с изменениями в головном мозге. Считается, что люди с импульсивными расстройствами (с зависимостями и компульсивными расстройствами, такими как алкоголизм, злоупотребление наркотиками, курением и ожирением) страдают от синдрома «недостатка вознаграждения». Они, вероятно, обладают биохимической неспособностью извлекать удовольствие из обычных, повседневных действий, что заставляет их постоянно искать стимулы для получения вознаграждений (K. Blum, Cull, Braverman & Comings, 1996). Предполагается, что генетическое отклонение связано с модификацией рецепторного гена допамина D2. Это генетическое отклонение в значительной степени наблюдалось у подростков с диагнозом патологической склонности к насилию (Blum et al., 1996). Изучение этой и других возможных генетических мутаций должно помочь нам лучше понять нейробиологические механизмы, связанные с проблемами поведения у детей (Brunner, Nelen, Breakfield, Ropers & Van Oost, 1993).

Нейробиологические факторы

Грей (Gray, 1987) предположил, что паттерны поведения человека связаны с двумя подсистемами головного мозга, — системой активации поведения или системой вознаграждения и системой торможения поведения, при этом каждая из подсистем обладает отдельными нейроанатомическими областями и нейротрансмиттерами (McBurnett, 1992; Quay, 1993) **Система активации поведения (САП) (Behavioral activation system)** активизирует пове-

дение в ответ на сигналы вознаграждения и отсутствия наказания. **Системы торможения поведения (СТП) (Behavioral inhibition system)**, наоборот, вызывают тревогу и торможение поведения в новых условиях, вырабатывают врожденные стимулы страха и сигналы о невознаграждении или наказании. Таким образом, специфические паттерны поведения возникают из относительного баланса или дисбаланса этих двух нервных систем. Можно сравнить САП с педалью газа, а СТП с тормозами — некоторые люди чаще нажимают на одно, чем на другое.

Предполагается, что антисоциальные паттерны поведения возникают из-за того, что система активации поведения становится слишком активной, а система торможения наоборот — недостаточно активной, и этот паттерн определяется в основном генетической предрасположенностью (Quay, 1993). Когда система активации поведения гиперактивна, то у детей с проблемами поведения усиливается чувствительность к вознаграждениям (O'Brien & Frick, 1996). Кроме того, они не реагируют на наказание и продолжают реагировать в условиях отсутствия вознаграждения — такие паттерны последовательно проявляются при недостаточно активной системе торможения поведения.

У подростков с диагнозом расстройства поведения с ранними симптомами агрессивного поведения также возникает:

- *низкая* степень психофизиологического и/или коркового возбуждения (Magnusson, 1988).
- *низкая* автономная реактивность (Pennington & Ozonoff, 1996;).

Низкая реактивность возбуждения и спонтанная реактивность у детей с проблемами поведения может привести к тому, что они плохо усваивают обычные приемы социализации, такие как предупреждение или порицание, и плохо реагируют на наказание, что в свою очередь порождает общий паттерн недостаточ-

но приемлемого поведения, неспособность выработать страх, чтобы не вести себя антисоциально, кроме того, такие дети недостаточно сознательны. Большинство детей реагируют на дисциплину и наказание, вследствие чего антисоциальность их поведения ослабляется. Часто у детей с проблемами поведения происходит совершенно обратное явление — они *усиливают* свое антисоциальное поведение, когда их наказывают, и ведут себя еще более вызывающе.

Другие данные исследований также позволяют сделать вывод о роли нейробиологических факторов в проблемах поведения (Lahey, Hart, Pliszka, Applegate & McBurnett, 1993; McBurnett & Lahey, 1994; Quay, 1993).

- Дети с проблемами поведения обладают несколько более высоким уровнем факторов риска в неврологическом развитии, в частности, они рождаются в процессе трудных родов или с закрытыми травмами головы.

- Воздействие в детстве свинца и нейротоксинов, нарушает способность детей сдерживать импульсивное поведение и приводит к более высокому уровню проблем в поведении в раннем отрочестве (Needleman, Reiss, Tobin, Biesecker & Greenhouse, 1996).

- Дети с проблемами поведения проявляют нейропсихологический дефицит, как предполагается, в результате более низкого коэффициента умственного развития, особенно вербального развития и исполнительных функций (Moffitt & Lynam, 1994).

- Данные о взаимосвязи влияния сексуальных гормонов, например между уровнем тестостерона и агрессией, — непоследовательны, уровень тестостерона сильнее коррелирует с реактивной, чем с неспровоцированной формой агрессии (McBurnett & Lahey, 1994; Olweus, 1987).

В целом низкий уровень коркового возбуждения и автономной реактивности, по-видимому, играет

Таблица 6.4

Формы мышления и поведения агрессивных детей в социальных ситуациях

Шаг 1: Кодирование — поиск и сосредоточение внимания на постоянном стимуле

Агрессивные дети используют меньше информации, для того чтобы принять решение. Когда они делают вывод и разрешают межличностную ситуацию, им требуется меньше информации о событии, прежде чем начать действовать (Slaby & Guerra, 1988)

Шаг 2: Интерпретация — извлечение смысла из информации, привлекающей внимание

Агрессивные дети приписывают враждебные намерения двусмысленным событиям

Шаг 3: Поиск реакции — зарождение альтернативы реакции

Агрессивные дети формируют меньше реакций и они более агрессивны, эти реакции включают меньше знания о разрешении социальных проблем

Шаг 4: Реакция решения — выбор специфической реакции

Агрессивные дети чаще выбирают агрессивные решения

Шаг 5: Исполнение — осуществление самой подходящей реакции

Агрессивные дети пользуются более слабой вербальной коммуникацией и нападают физически

центральную роль в раннем проявлении расстройств поведения.

Социально-когнитивные факторы

Связь между мышлением детей и их агрессивным поведением рассматривается с нескольких точек зрения. Некоторые методы уделяют внимание незрелым формам мышления, таким как эгоцентризм или недостаточный учет перспектив (Selman, Beardslee, Schultz, Krupa & Podorefsky, 1986; Selman et al., 1992). Другие подходы уделяют внимание когнитивным недостаткам, таким как неспособность ребенка использовать вербальные средства, чтобы регулировать поведение (Meichenbaum, 1977), или случаям, когда у детей возникают когнитивные искажения, например, когда они интерпретируют нейтральное событие как акт намеренной враждебности (Crick & Dodge, 1994).

Крик и Додж (Crick & Dodge, 1994) представили наиболее тщательно разработанную социально-когнитивную теорию, объясняющую поведение социально-агрессивных мальчиков. В их модели предполагается, что серия мыслительных процессов возникает во время соответствующих социальных взаимодействий и отсутствует или искажается во время нецелесообразных социальных взаимодействий. Мышление и поведение агрессивных детей в социальных ситуациях оказывается недостаточным в одном или нескольких шагах, описанных в табл. 6.4. Эта модель также учитывает обратную связь между навыками детей по обработке информации в определенных социальных ситуациях и их «базой данных» о социальных схемах, воспоминаниями, знанием и культурными ценностями или правилами (Crick & Dodge, 1994). Контакт родителей и детей и качество первой привязанности ребенка вносят важный вклад в эту базу данных. Эта модель также учитывает влияние похвал/реакций сверстников и эмоциональных процессов как определяющих факторов социальной приспособленности.

Семейные факторы

Я убежден, что причина роста преступности — в родителях, которые или слишком беззаботны или слишком заняты своими собственными развлечениями, чтобы уделить достаточно времени, участия и заинтересованности в своих детях.

Дж. Эдгар Гувер, бывший директор ФБР, The New York Times, декабрь 6, 1947

Возможными причинами антисоциального поведения детей считались разного рода семейные факторы, в том числе плохая дисциплина, недостаточное наблюдение родителей за детьми, супружеский конфликт, семейная изоляция и насилие дома (DeKlyen, Speltz & Greenberg, 1998; Loeber, Drinkwater, et al.,

2000; Reese et al., 2000). Хотя связь между семейными факторами и проблемами в поведении четко установлена, природа этой связи и возможная причинная роль семейных факторов по-прежнему обсуждаются (Deater-Deckard & Dodge, 1997).

Трудности в семье связаны с развитием и расстройств поведения, и оппозиционно-демонстративного расстройства, при этом гораздо большее влияние семья оказывает на расстройство поведения, чем на возникновение оппозиционно-демонстративного расстройства. Кроме того, семейные проблемы играют более значимую роль для детей с длительным и устойчивым паттерном антисоциального поведения, чем для детей с антисоциальным поведением, ограниченным отрочеством (Lahey et al., 1992). Сочетание индивидуальных факторов риска (например трудного темперамента) и серьезного недостатка в навыках семейного общения объясняет наиболее устойчивые и серьезные формы антисоциального поведения (Caspi & Moffitt, 1995).

Влияние семьи сложным образом связано с антисоциальным поведением детей, и его нельзя понять вне зависимости от личности самого ребенка и окружающей среды. Например, жестокое обращение — сильный фактор риска для агрессивного поведения впоследствии. Одна из причин этой связи, как кажется, это недостаток в социальной информации ребенка, являющийся результатом жестокого обращения (Dodge, 1991; Dodge, Pettit, Bates & Valente, 1995).

Еще один пример — это влияние супружеского конфликта на агрессивное поведение детей. Сюда входят отсутствие родителей и негативное отношение к ребенку (Webster-Stratton & Hammond, 1999), или то, как ребенок интерпретирует конфликт между родителями (Grych & Fincham, 1993), и/или индивидуальные и демографические факторы (Emery, Waldron, Kitzmann & Aarons, 1999). Другие условия, связанные с супружеским конфликтом или разводом, такие как стресс, депрессия, потеря контакта с одним из родителей, финансовые трудности и более сильная ответственность дома могут также влиять на антисоциальное поведение (Emery, 1999).

Мать Ника рассказывает:

«Ник ударил соседского ребенка доской по голове; ребенку пришлось зашивать рану. Затем Ник убил котенка, прыгнув на него со своей кровати. Я вышла из себя, сказала, что ненавижу его, я схватила его за щеку и слишком сильно ущипнула. Я не знала, что делать» (Colapino, 1993, стр. 150).

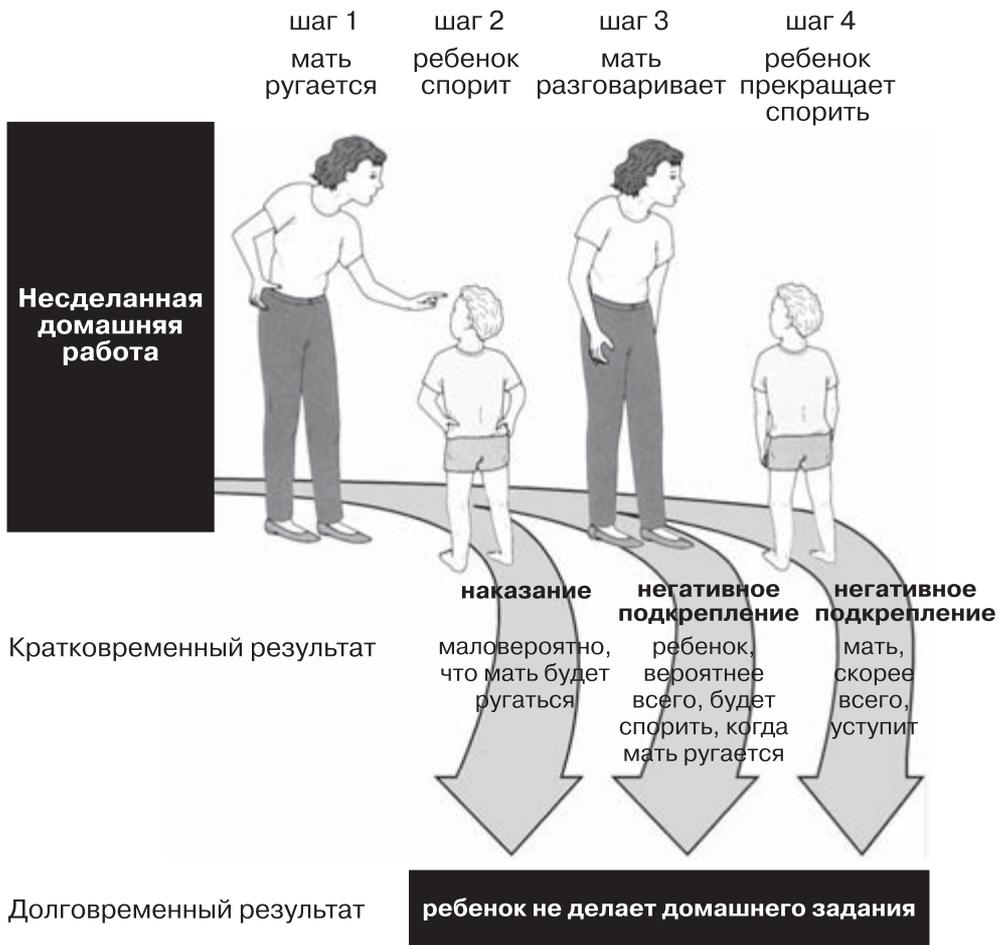
Агрессивное, жестокое поведение Ника вызвало сильную реакцию у окружающих и злую и резкую реакцию его матери. Для понимания роли семьи в асоциальном поведении важно усвоить понятие **реципрокного воздействия (reciprocal influence)**, когда детское поведение и само обусловлено, и влияет на поведение других членов семьи. Негативное воспитание может привести к антисоциальному пове-

КРУПНЫМ

ПЛАН ОМ

Врезка 6.3

Принуждающее взаимодействие родителей и детей: четырехшаговая последовательность избегания и обусловливания



Шаг 1: Мать Поля, повысив голос, ругается: «Почему ты сидишь перед телевизором в то время, когда должен делать домашнее задание?»

Шаг 2: Поль ворчливо огрызается: «Школа утомляет, мои учителя — тупицы, у меня нет никакого домашнего задания». Возражения Поля имеют целью непосредственно наказать мать за ее ругань, и со временем она станет прикладывать меньше усилий к тому, чтобы проследить за домашней работой сына и его проблемами в школе.

Шаг 3: Мать Поля отказывается от своих требований к нему закончить работу и удовлетворяется ответом, что ему ничего делать не нужно. Она понижает голос и говорит: «В самом деле, миссис Смит всех усыпляет на уроках английского?» Отказ матери от требований выполнить домашнюю рабо-

ту негативно подкрепляет возражения Поля и увеличивает вероятность того, что в следующий раз, когда она заговорит о домашнем задании, он снова будет с ней спорить. Со временем Поль, в свою очередь, может усилить негативную реакцию, начав кричать или бросаться вещами.

Шаг 4: Как только мать Поля отказывается от своих требований, Поль отказывается от контрнападений. Он перестает спорить и переходит к нейтральному или даже позитивному поведению и говорит: «Да, ты конечно, права насчет миссис Смит, мам. Трудно сидеть на ее уроках с открытыми глазами». Поль, прекратив свое вредное поведение, негативно подкрепляет мать и усиливает вероятность того, что она снова поступит так же в ответ на его возражения и протесты в будущем.

дению, но такая практика может быть также реакцией на трудное, оппозиционное и агрессивное поведение, проявляемое детьми с проблемами в поведении (Lytton, 1990).

В интересном исследовании реципрокного воздействия матерей мальчиков с расстройством поведения и мальчиков из контрольной группы попросили пообщаться с их собственными сыновьями, соответственно, — с мальчиком с расстройством поведения, и с мальчиком из контрольной группы (Anderson, Lytton & Romney, 1986). Для поддержания воздействия родитель—ребенок, всех матерей попросили вести себя более требовательно и негативно при взаимодействии с ребенком, страдающим от расстройства поведения. Тем не менее матери мальчиков с расстройством поведения реагировали на своих сыновей наиболее негативно, так что из их поведения можно было сделать вывод о том, что негативное взаимодействие с их ребенком также играет важную роль в его проблемах. В контексте постоянного развития и взаимодействия взаимное влияние — наиболее точный способ описать взаимодействие между влиянием семьи и асоциальным поведением. Мы должны также учесть возможность того, что некоторые аспекты окружения в семье можно связать с антисоциальным поведением в детстве как результатом общей генетической предрасположенности, которая ведет к определенным паттернам поведения (Frick & Jackson, 1993).

Теория принуждения. Теория принуждения (соercion theory) Джеральда Паттерсона утверждает, что взаимодействие между родителями и детьми создает почву для развития антисоциального поведения (Patterson, 1982; Patterson et al., 1992). Этот процесс возникает в последовательности четырех ступеней избежания и обусловливания, когда ребенок узнает, как использовать все более интенсивные формы вредного поведения, чтобы избежать и уклониться от нежелательных родительских требований. Принуждающее взаимодействие родителя и ребенка описанное во врезке 6.3 начинается, когда мать видит, как ее сын Поль, не успевающий в школе, смотрит телевизор, вместо того чтобы делать свою домашнюю работу. Эти принуждающие паттерны взаимодействия родителей и детей состоят из уже хорошо отработанных действий и реакций, как правило, не осознающихся членами семьи. Этот процесс называется ловушкой подкрепления (reinforcement trap), потому что со временем принуждающие члены семьи оказываются в ловушке последствий собственного поведения. Например, матери асоциальных детей в 8 раз *реже* давали принудительные команды, чем матери детей без проблем (Patterson et al., 1992).

Взаимосвязь между качеством воспитания и проблемами в поведении, по-видимому, ослабляется, когда ребенок обладает грубым и неотзывчивым характером. Неэффективное воспитание, как обнаружилось в одном из исследований, связано с проблемами поведения *только* у детей без таких ярко выраженных черт (Wootton, Frick, Shelton & Silversthorpe, 1997). Дети с безразлично-неэмоциональным стилем прояв-

ляли значительные проблемы в поведении, независимо от качества полученного воспитания. Взаимосвязь между воспитанием и проблемами в поведении может зависеть и от количества замечаний — и слишком суровая дисциплина и слишком мягкая может иметь противоположный эффект. Взаимоотношение между дисциплиной родителей и антисоциальным поведением детей может варьировать в зависимости от культуры семьи, эмоционального климата, в котором применяется наказание или замечание, и в более широком контексте взаимоотношений в зависимости от гендера родителя и ребенка (воспитание оказывается наиболее эффективным в паре одного и того же гендера; Deater-Deckard & Dodge, 1997).

Теории присоединения. Теории присоединения (attachment theories) указывают, что качество привязанности ребенка к родителям будет в конечном итоге определять его или ее идентификацию с родительскими ценностями, представлениями и стандартами. Устойчивые связи с родителями способствуют ощущению близости, общих ценностей и идентификации с социальным миром. Теория присоединения предполагает, что большинство детей воздерживаются от антисоциального поведения, поскольку они делают ставку на конформность.

Считается, что дети с проблемами в поведении проявляют слабую идентификацию с родителями и социальными стандартами. Даже когда такие дети уступают требованиям родителей, они так поступают из-за кажущейся угрозы их свободе или физической безопасности (Shaw & Bell, 1993). Когда таких угроз непосредственно перед ними нет, например, когда дети остаются без присмотра, то они чаще ведут себя антисоциально. Слабые связи с родителями могут побудить ребенка к дружбе со сверстниками-хулиганами, что, в свою очередь, провоцирует паттерны правонарушений и злоупотребления алкоголем и наркотиками (Elliott, Huizinga & Ageton, 1985; Elliott et al., 1989).

Исследования в целом подтверждают взаимосвязь между неустойчивой связью с родителями в детстве и антисоциальным поведением у детей в детстве и отрочестве (M. T. Greenberg, DeKlyen, Speltz & Endriga, 1997; Rosenstein & Horowitz, 1996; Speltz, Deklyen & Endriga, 1991; Speltz, Greenberg & DeKlyen, 1999). Тем не менее еще неясно, может ли качество привязанности в этот период предсказать настоящую или будущую вариацию в остроте проблем поведения (Speltz, Deklyen & Greenberg, 1999). Вероятно, что на взаимосвязь между присоединением и антисоциальным поведением влияют многочисленные факторы, в том числе гендер ребенка, его темперамент и компетентность родителей.

Другие семейные проблемы

Джейк и Регги: Все против них

Мать-одиночка с двумя мальчиками (в возрасте 2-х и 4-х лет) обратилась в клинику, так как ее старший сын совершал жестокие и неконтролируемые агрессивные поступки, в том числе он

бил, пинал и кусал своего младшего брата. Матери поставили диагноз клинической депрессии и, в период обращения в клинику, — риск совершения самоубийства. Ее приятель — отец этих двух детей. Он живет неподалеку и требует, чтобы она приходила к нему, так чтобы он мог встречаться с детьми. Во время этих визитов, он вовлек ее в то, что она называла «вынужденным сексом» (то есть насилие), и требовал, чтобы дети оставались с ними и наблюдали. В принципе, мать могла бы отказаться от визитов. Однако приятель угрожал, что если она не подчинится, то он перестанет оплачивать содержание детей, заберет их, покончит с собой или придет к ней в дом и убьет ее и двух детей. Эти угрозы насилия были восприняты всерьез, так как ее приятель уже раньше арестовывался за нападение и угрозу о применении оружия (adapted from Kazdin, 1995, стр. 17).

Семейная нестабильность и стресс. Семьи с детьми с проблемами поведения зачастую характеризуются нестабильной семейной структурой с частыми изменениями в семье, в том числе сменой родителей, переменой места жительства и распадом семьи (Dishion, French & Patterson., 1995). Нестабильность в семье связана с возрастающим риском антисоциального поведения, плохой учебой, тревогой и депрессией, связью с оппозиционными сверстниками и арестом (Capaldi & Patterson, 1991; Henry et al., 1996; Kasen, Cohen, Brook & Hartmark, 1996). В большинстве случаев влияние разрыва в семье на антисоциальное поведение детей соотносится с сопутствующим разрыву конфликтом (Emery, 1999). В некоторых случаях антисоциальное поведение ребенка может влиять на нестабильность в семье и увеличить вероятность развода (Block, Block & Gierde, 1986).

Высокий уровень стресса в семье связан с негативным поведением ребенка дома, и семейный стресс может быть как причиной, так и результатом антисоциального поведения детей. Безработица, низкий социально-экономический уровень и многочисленные перемены в семье связаны, в частности, с ранним на-



«Такой же, как дедушка, как отец и как сын».

ступлением расстройств поведения (а не с расстройством поведения, которое начинается в отрочестве). Среди семейных стрессоров бедность наиболее ярко предсказывает расстройство поведения и высокий уровень преступлений (Pagani, Boulerice, Vitaro & Tremblay, 1999; Sampson & Lauritsen, 1994). Но что составляет «активный ингредиент» в связи между бедностью и антисоциальным поведением? В этом отношении оказываются важны нестабильность, перемена места жительства и нарушение в воспитании, связанные с бедностью (Dodge, Pettit & Bates, 1994 b; Elder, Robertson & Ardel, 1994). **Гипотеза усилителя (amplifier hypothesis)** утверждает, что стресс может усиливать тенденцию к неспособностям у родителей и таким образом нарушать общий процесс семейной жизни и ухудшать способность родителей поддерживать своих детей (Elder, Caspi & Van Nguyen, 1986; Conger, Ge, Elder, Lorenz & Simons, 1994).

Преступность и психопатология родителей. Агрессивные и антисоциальные тенденции наблюдаются в некоторых семьях в течение ряда поколений (Eron & Huesmann, 1990; Frick & Jackson, 1993). В действительности агрессия детей взаимосвязана с агрессией их родителей в том же возрасте (Huesmann, Eron, Lefkowitz & Walder, 1984). Родители антисоциальных детей чаще арестовываются, совершают правонарушения на дорогах и злоупотребляют наркотиками и алкоголем (Patterson, 1996). Антисоциальные личности, как правило, оказываются плохими родителями, особенно во время дисциплинарных столкновений, когда они проявляют раздражительный и взрывной стиль взаимодействия. Некоторые типы родительской психопатологии, такие как антисоциальное личностное расстройство, сильно связаны с расстройством поведения у детей (Faraone, Biederman, Keenan & Tsuang, 1991). Эта взаимосвязь особенно ярко прослеживается у отцов (Frick et al., 1992), так же как и зависимость между преступным поведением родителей и злоупотреблением наркотиками и алкоголем и асоциальными паттернами детей (Lahey, Piacentini et al., 1988). Как обнаружили исследователи, устойчивая связь между родительским асоциальным личностным расстройством и детскими асоциальными паттернами возникает независимо от того, сколько времени отец находится дома или насколько тесен контакт между отцом и ребенком (Tapscott, Frick, Wootton & Kruh, 1996). Что касается матерей, то когда они обладают качествами *наигранной личности* (отличаются повышенной эмоциональностью и стремятся обратить на себя внимание) или страдают от депрессии, то это приводит к антисоциальности детей, хотя данные этих исследований не столь последовательны, как данные об отцах (Patterson, 1996).

Антисоциальные семейные ценности могут непосредственно поощрять антисоциальное поведение у детей. Вот пример матери, к которой школьные учителя обратились с просьбой отвести ее сына в клинику, потому что он часто дерется и его отстраняют от занятий, а она объяснила, почему пропустила первый прием несколько месяцев назад:

Семья Джонсонов: Никогда ни в кого не стреляй на людях

Мать принесла извинения за то, что не пришла на предыдущий прием, она указала, что не могла прийти раньше, потому что «нарушила семейное правило». Мать сообщила, что она и ее муж и ряд их родственников имели привычку часто стрелять друг в друга (из пистолета). Однако у них было в семье такое правило: «Никогда ни в кого не стреляй на людях». Мать сказала, что она нарушила правило; соседи видели, как она стреляла в своего мужа, и она провела 3 месяца в тюрьме. Теперь, когда она вышла из тюрьмы, сказала она, она готова заняться лечением своего сына (Kazdin, 1995).

Социальные факторы

Причины антисоциального поведения на уровне отдельного человека и семьи лишь отчасти объясняют поведение человека и проблемы. На непосредственную ситуацию человека, определяющую его проблемы, влияет более обширный социальный и культурный контекст (Sampson, 1992). Несомненно, что бедность, обилие иммигрантов, жизнь рядом с соседями-преступниками, распад семьи и перемена местожительства определяют преступность детей и подростков (Caspi & Moffitt, 1995; Sampson, Raudenbush & Earls, 1997). Тем не менее исследования пока не определили конкретного механизма, посредством которого эти влияния ведут к правонарушениям и хулиганству среди детей и подростков. Современные теории социального расстройства предполагают, что структура общества влияет на приспособленность ребенка, так как она воздействует на процессы в семье (Sampson, 1992; Sampson & Laub, 1994).

Неблагоприятные факторы среды, например низкий социально-экономический уровень включают плохие методы воспитания, в частности, принуждение и непоследовательное наказание и плохой конт-

роль над ребенком. В свою очередь все эти факторы влияют на раннюю преступность в детстве, аресты и хронические нарушения закона в отрочестве и юности (Capaldi & Patterson, 1994; Patterson, Forgatch, Yoerger & Stoolmiller in press; Shaw & Vondra, 1994). Порочный круг, состоящий из нарушения адаптации и дополнительного стресса, создает новый дополнительный стресс и для родителя, и для ребенка. Антисоциальная личность более ранима и чаще рискует оказаться в числе разведенных, безработных и иждивенцев (Patterson, 1996). Например неблагоприятное социальное окружение, экономические трудности, так же как и социальные изменения, связанные с разводом, ранней сексуальной активностью и статусом работающей матери, могут привести к тому, что их дети-подростки так и не выходят замуж или получают статус разведенной матери, зачастую воспитывающей ребенка в антисоциальном духе. Точно так же матери с антисоциальными наклонностями, хуже воспитывающие детей, могут переезжать в города побольше, изолируя себя от семьи и соседей, так что в результате живут в атмосфере недоверия и ограниченных социальных контактов. Когда эти женщины снова беременеют, то у них может быть меньше возможностей воспользоваться медицинскими услугами. Плохое питание и наркотики могут привести к тому, что роды будут преждевременными и родится ребенок с отклонениями, а это, в свою очередь, может осложнить им воспитание. Такое сочетание трудного ребенка и неумелой матери усиливает вероятность антисоциального поведения и последующих арестов (Patterson, 1996). И так, поколение за поколением снова возникают проблемы в поведении.

Влияние соседей и школы. Антисоциальное поведение подростков в окружении преступных соседей и друзей дает толчок к формированию преступной субкультуры, поддерживающей торговлю наркотиками, проституцию, частые переезды, низкий уровень поддержки соседей или религиозных групп

Calvin and Hobbes

by Bill Watterson



(Caspi & Moffitt, 1995; Leventhal & BrooksGunn, 2000). Кроме того, антисоциальные люди, как правило, выбирают соседство с такими же людьми, как они сами. **Гипотеза социальной селекции (social selection hypothesis)** утверждает, что люди, переезжающие в другое место, отличаются от тех, кого они покидают, и наоборот — остающиеся не похожи на тех, кто уехал. Такая последовательность ведет к стабильности антисоциальных паттернов и поведения. Низкий социально-экономический уровень, распад семьи, концентрация этнических групп и иммигрантов и нестабильность места жительства могут привести к организации общества, сводящей к минимуму продуктивные социальные отношения и снижающей эффективность социальных норм (Caspi & Moffitt, 1995; Sampson et al., 1997). Влияние на преступления структурных характеристик общества, таких как низкий социально-экономический уровень, как правило, обусловлены социальной дезорганизацией соседей, характеризующейся неспособностью наблюдать за группами тинейджеров и контролировать их, незначительными дружескими связями и знакомствами и редким участием тинейджеров в формальных и добровольных организациях в районе (Sampson & Groves, 1989).

Когда ребенок живет рядом с преступными соседями и посещает плохую школу, он начинает вести себя антисоциально и преступно, тогда как позитивный школьный опыт может защищать его развитие и препятствовать проявлению такого рода поведения (Rutter, 1989). Хорошее школьное окружение характеризуется четкими требованиями к выполнению домашнего задания, высокими ожиданиями школьных успехов, четкой и последовательной политикой в отношении наказаний и дисциплины. Стимулы к приличному поведению в школе и успеху могут отчасти компенсировать плохое семейное положение. Систематические вмешательства, развивающие эти качества у школьников, привели к повсеместному уменьшению проблем в поведении среди детей (Gottfredson, Gottfredson & Hybel, 1993).

Средства массовой информации

1. Я считаю, что такого рода замещающее приключение, побег, возбуждение, даже кровь и брань необходимы и важны для большинства детей, как выход для их собственных эмоций, в особенности их чувства агрессии.

Джозетт Франк, консультант по масс-медиа

Программы, интересно описывающие антисоциальное поведение, преступления, убийство, влияющие на антисоциальные установки детей и ведут к агрессии.

Судья Якоб Панкен,

Нью-йоркский городской детский суд

Эти противоречивые мнения о влиянии радио на детей были высказаны более 50 лет назад (The New

York Times, April 14, 1946). Но по-прежнему продолжают горячие споры о том, как масс-медиа влияет на агрессию у подростков. Некоторые исследователи утверждают, что насилие на телевидении приводит к дурному обращению с детьми, и что мы можем значительно уменьшить количество убийств, если выключим свои телевизоры (Huesmann, Eron, Berkowitz & Chaffee, 1992). Другие утверждают, что нет доказательств причинной взаимосвязи между насилием на телевидении и агрессивным поведением (Freedman, 1984, 1992).

Когда ребенок в США достигает шестого класса, он или она видит по телевидению 8000 убийств и свыше 100 000 других актов насилия (Lelan, 1995). Психологов и общественность тревожит, что такая постоянная диета из насилия вынуждает детей считать его нормальным явлением, дети становятся нечувствительными к страданиям реальных людей или их возбуждают образы, которые они видят, и они сами подражают этим актам насилия. Например, пятилетний мальчик, просмотрев свой любимый мультфильм, где герои совершают поджоги, поджег собственный дом. Его младшая сестра погибла при пожаре. Дети в возрасте между 6 и 10 годами, склонные к агрессии, особенно мальчики, наиболее подвержены влиянию жестоких посланий в масс-медиа. (Eron, Huesmann, Lefkowitz & Walder, 1996).

Корреляция между насилием на телевидении и агрессией не подлежит сомнению — но действительно ли насилие на телевидении является причиной агрессии? Ответ на этот вопрос усложняет от нас, несмотря на десятилетия исследований и давление правительства и общества, вынудившее производителей телевизоров устанавливать на новых моделях ограничитель насилия и требовать того, чтобы телекомпании осуществляли рейтинг телепередач (Zoglin, 1996). У некоторых детей вид насилия на экране может подкреплять уже существующие антисоциальные тенденции. В одной из серий исследований, охватывающей приблизительно десять лет, оказалось, что дети с проблемами поведения смотрели относительно большое количество материала, связанного с насилием, предпочитали агрессивных персонажей и считали, что выдуманное содержание фильмов — правда (Gadow & Spawfkin, 1993).

Тем не менее агрессивность этих детей и их поведение не зависели от того, какой материал они смотрели — агрессивного или неагрессивного содержания (Gadow & Spawfkin, 1993). Маловероятно, что влияние масс-медиа само по себе объясняет антисоциальное поведение у подростков (Rutter & Smith, 1995). Как и другие факторы риска, уже обсуждавшиеся нами, масс-медиа, вполне вероятно, оказывает влияние на взаимодействие с другим человеком, семьей, общественностью, а культурные факторы связаны с возникновением проблем в поведении.

Культурные факторы

В разных культурах агрессивное поведение проявляется по-разному. В определенных культурах аг-

рессивная социализация детей обуславливает высокую вероятность агрессивных актов, таких как убийство или нападение. Как иллюстрируют следующие примеры противоречивых практик социализации, агрессия может стать следствием внимания культуры к воспитанию «воинов»:

Капауку из Западной Новой Гвинеи

В возрасте около 7 лет мальчик Капауку оказывается под контролем отца, постепенно он начинает есть и спать только с мужчинами и вдали от своей матери... Его подготовка (к тому, чтобы стать смелым воином) начинается, когда его отец играет с сыном и понарошку дерется с ним палками. Постепенно эти сражения приобретают более серьезный характер и могут быть даже смертельными, когда отец и сын запускают друг в друга настоящие боевые стрелы. Группы мальчиков стреляют в мишень, кроме того они бьют друг друга палками по голове. (С. R. Ember & M. Ember, 1994, стр. 639–640).

Уровень убийств среди Капауку с 1953 по 1954 год оценивался в 200 человек на 100 000, это в 20 раз превышает современный уровень убийств в США.

Лепча с Гималаев

Взрослые лепча очень ясно дают своим детям понять, чего они от них ждут. «Хорошие дети помогают с работой, говорят правду, прислушиваются к поучениям старших, помогают пожилым и ведут себя спокойно. Плохие дети ссорятся и обижают других, обманывают, в гневе вытаскивают ножи, когда их ругают, и не делают своей работы». (С. R. Ember & M. Ember, 1994, стр. 641).

Интервью с представителями народности лепча показало, что единственное убийство в их культуре произошло около 200 лет назад (С. R. Ember & Ember, 1994).

Уровень антисоциального поведения широко варьирует в разных культурах и не обязательно соотносится с достижениями технологий, материального благосостояния или плотности населения. Например страны третьего мира, в которых ценится взаимозависимость, характеризуются высоким уровнем просоциального поведения, и некоторые места с высокой плотностью населения, такие как Сингапур, имеют очень низкий уровень насилия. Американцы считаются наиболее жестокой и склонной к насилию нацией из всех индустриальных стран.

«Мы живем в культуре, снисходительно относящейся к насилию. Мы прославляем героев, которые убивают и калечат. Мы не страдаем от расового насилия — это культурное насилие. Ужас людей, которым намеренно причиняют вред или убивают из-за их принадлежности к какой-то группе, окружает нас каждый день. Убийства в семье, насилие в школах, нападение на геев или людей, исповедующих определенную религию, или принадлежащих к определенной этнической группе, появляется в новостях каждый день» (преподобный Джесси Джексон, 2000).

В США с антисоциальным поведением связан статус меньшинства. Так среди молодежи наблюдается высокий уровень антисоциального поведения среди афро-американцев, испано-американцев и коренных американцев (Elliott et al., 1985). Исследования, включающие в своих выборках незначительное число афро-американских детей, говорят о более высоком уровне проблем экстернализации для этой группы (Costello, 1989; Velez, Johnson & Cohen, 1989). Тем не менее другие исследования с намного более обширными национальными выборками, включавшими белых неиспанского происхождения, детей афро-американцев и детей испанского происхождения, свидетельствовали об отсутствии или незначительных отличиях в антисоциальном поведении, связанном с расой или этнической принадлежностью.

Таблица 6.5

Причины антисоциального поведения, возникающего в детстве

ПРИЧИНЫ		
Биологическое/конституциональное	Влияние на развитие	Семейное влияние/влияние окружающей среды
Мужчины Генетический фактор риска Нейропсихологический дефицит Пониженный вербальный коэффициент умственного развития и вербальный дефицит Пониженное возбуждение и реактивность Дефицит внимания /гиперактивность	Разрыв привязанности Социально-когнитивный дефицит и искажения на ранних стадиях развития (тип реактивной агрессии) Социально-когнитивные паттерны на поздних стадиях (подтип проактивной агрессии)	Разлад в семье Разлад взаимодействия между родителями и детьми Оскорбление детей Низкий социально-экономический статус Плохие соседи

ностью в проявлении антисоциального поведения, когда контролировались гендерные данные, возраст и статус (Achenbach & Edelbrock, 1981; Achenbach et al., 1991; Lahey et al., 1995). Так что, хотя говорилось, что проблемы экстернализации чаще всего возникали среди детей со статусом меньшинства, эти данные, вероятно, связаны с экономическими трудностями, ограниченными возможностями работы или проживанием в опасных городских районах.

В табл. 6.5 подводится итог влияний на антисоциальное поведение у детей. Их можно применить главным образом к детям с рано возникающими проблемами поведения или проблемами поведения, сохраняющимися на протяжении жизни. Самый общий фактор риска, относящийся к проблемам поведения в отрочестве, — это связь с антисоциальными сверстниками.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Проблемы поведения у детей лучше всего объясняются многочисленными причинами или риском и факторами защиты, действующими в течение определенного времени в форме транзакций.

- Исследования приемных детей и близнецов позволяют сделать вывод о важном значении генетического влияния на антисоциальное поведение у взрослых и подростков, хотя эти результаты у детей менее очевидны.

- Антисоциальные паттерны поведения могут быть результатом сверхактивной системы активации поведения и недостаточно активной системы торможения поведения. Низкий уровень коркового возбуждения автономной реактивности, как кажется, играет важную роль в раннем возникновении расстройств поведения.

- Многие семейные факторы считаются вероятными причинами антисоциального поведения детей, в том числе супружеский конфликт, изоляция в семье, насилие дома, плохая дисциплина, недостаток наблюдения родителей и неустойчивые привязанности.

- Семейная нестабильность и стресс, преступления родителей и антисоциальная личность и антисоциальные семейные ценности являются факторами риска для проблем поведения.

- Структурные характеристики общества предоставляют фон для возникновения проблем поведения, когда создают условия в обществе, мешающие усвоению социальных норм и развитию продуктивных социальных взаимоотношений.

- Школа, соседи и влияние масс-медиа — это потенциальные факторы риска для возникновения антисоциального поведения, также как и культурные факторы, такие как статус группы меньшинств и этническая принадлежность.

Скотт: Можно ли его спасти?

Скотт, 10 лет, отправлен на лечение после пожара в школьном дворе. В то время как терапевт считал Скотта подростком, которого «потенциально можно было спасти», его родители не желали направлять ребенка на лечение. В результате Скотта поместили в интернат для «трудных мальчиков»... Через 3 недели обучения в школе его исключили за поджог общежития... Скотту выдвинули обвинения и послали в колонию для мальчиков-хулиганов. Там он оставался 3 месяца, прежде чем он и еще два мальчика постарше совершили побег. Спустя несколько дней их поймали, когда они напали на бездомного мужчину, украли деньги (4 доллара 85 центов) и избили его. После этого преступления Скотта послали в исправительное учреждение до достижения 18 лет. Его терапевт больше о нем ничего не слышал (adapted from R. K. Morgan, 1999).

На протяжении жизни подростка с серьезными проблемами поведения обычно опробуются многие формы терапии (McMahon & Wells, 1998). Лечение может начаться в дошкольные годы или, что более типично, как в случае со Скоттом, в тот момент, когда серьезные проявления антисоциального поведения ведут к отправке ребенка на курс лечения. Постоянные конфликты с образовательной системой, общественными службами охраны здоровья и юридической системой приводят к тому, что ребенка направляют в различные лечебные учреждения (Tolan & Guerra, 1994). В наиболее перспективных курсах терапии используется сочетание методов, применимых как отдельному человеку, так и к семье, школе и общественной ситуации. Кроме того, в курсе терапии часто требуется, чтобы можно было выявить и решить соответствующие проблемы в семье, такие, например, как депрессию матери, разлад в семье или жестокое обращение с ребенком.

Большинство людей понимает, что жестокое обращение, дисфункция в семье, исключение из школы, связь со сверстниками, употребляющими наркотики, проживание в районе с высоким уровнем преступности и минимальное наблюдение родителей вносят свой вклад в возникновение серьезных проблем в поведении (Henggeler, 1996). Тем не менее, несмотря на это понимание, типичные и зачастую назначаемые судом курсы терапии, такие как психотерапия, групповая терапия, воспитание, наказание, программы по выживанию или учебные лагеря, не адресованы этим детерминантам и поэтому такие методы оказываются наименее эффективными (Henggeler, Schoenwald & Pickrel, 1995; Lipsey, 1995). Несмотря на недостаток эффективности в лечении ярко выраженного антисоциального поведения, индивидуальная терапия, основанная на работе в кабинете врача, и семейная терапия часто на-

значаются детям, потому что они относительно недороги (Tate, Repucci & Mulvey, 1995).

Групповое лечение, при котором антисоциальные подростки собираются вместе, может еще больше обострить проблемы в поведении, так как связь с одинаково настроенными людьми стимулирует антисоциальную активность (Dishion, McCord & Poulin, 1999).

Как мы видели на примере Скотта, ограничительные методы, такие как помещение в психиатрическую больницу и в тюрьму, также дают мало эффективности и имеют дополнительный недостаток в том, что это лечение крайне дорого (Henggeler & Santos, 1997). К сожалению, однако, около 70% денег, затрачиваемых на психическое здоровье подростков и детей в США, по-прежнему расходуется на помещение их в исправительные учреждения, которые могут принести больше вреда, чем пользы (Sondheimer, Schoenwald & Rowland, 1994). Заключение в тюрьму может даже не служить функции защиты общества, так как зачастую подростки, попадая в тюрьмы и колонии и впоследствии выходя на свободу, совершают больше преступлений, чем те, кто остается дома и проходит курс терапии (Henggeler, 1996).

Так как известно, что проблемы поведения у детей со временем развиваются и становятся разнообразнее, то терапия должна четко реагировать на то, в каком направлении развивается ребенок. Методы и цели терапии отличаются для дошкольников, школьников и подростков и в зависимости от типа и остроты проблем поведения ребенка. В целом, чем дальше ребенок развивается в направлении антисоциального поведения, тем больше его потребность в интенсивных вмешательствах и, к сожалению, тем хуже прогноз для таких детей, как Скотт. На деле, если антисоциальное поведение не изменяется к

концу третьего класса, то оно лучше всего лечится как хроническое состояние, напоминающее диабет, от него нельзя избавиться, но можно справиться или подавить в процессе продолжительных вмешательств и поддерживающих мер (Kazdin, 1995). Такое затруднительное положение, характеризующееся большими усилиями и затратами на терапию и сравнительно незначительным результатом в случае с детьми постарше, привело к переоценке приоритетов, и психологи стали больше значения придавать раннему вмешательству и предупреждению антисоциальности в поведении (Barkley et al., 2000; Shelton et al., 2000). Исчерпывающий двусторонний подход к лечению проблем в поведении включает:

- *постоянные вмешательства*, которые помогают подросткам помоложе и их семьям справиться с многими связанными социальными, эмоциональными и академическими проблемами;
- *раннее вмешательство* для маленьких детей, у которых только начали возникать проблемы в поведении (Frick, 2000).

Чтобы проиллюстрировать многочисленные виды терапии проблем в поведении (McMahon & Wells, 1998), мы укажем на три метода лечения, успех которых уже в некоторой степени доказан (Brestan & Eyberg, 1998): тренинг родительской компетентности, когнитивный тренинг навыков разрешения проблем и многосистемная терапия. (табл. 6.6). Мы также обсудим психофармакологическую терапию и новые перспективные превентивные вмешательства для маленьких детей. Почти во всех формах терапии психологи предоставляют корректирующий межличностный опыт с родителями, братьями и сестрами и сверстниками, отражение того факта, что большинство антисоциальных фактов, в том числе насилие, возникает между ребенком и членами семьи или сверстниками.

Таблица 6.6
Терапия детей с проблемами поведения

Терапия	Общее представление
Тренинг родительской компетентности	Учит родителей изменять поведение их ребенка в доме, используя возможности техники управления. Главное внимание уделяется усовершенствованию взаимодействий родителей и ребенка и тренировке других родительских навыков (например: коммуникации родителей и детей, мониторинг и наблюдательность).
Когнитивный тренинг навыков разрешения проблем	Определяет когнитивные недостатки ребенка и искажения в социальных ситуациях. Ребенок учится оценивать ситуацию, изменять ее или ее атрибуции о мотивациях других детей, быть более чувствительным к тому, что чувствуют другие дети, и создавать альтернативные и более подходящие решения.
Многосистемная терапия	Интенсивный метод, опирающийся на другие техники, такие как тренинг родительского управления, тренинг когнитивных навыков разрешения проблем и супружеская терапия, специальные интервенции, такие как специальное образование и отправка на участие в программах по лечению от наркомании или в суд.

Таблица 6.7
Общие характеристики тренинга
родительской компетентности

- Терапевт осуществляет минимальное вмешательство в жизнь ребенка или не вмешивается вообще.
- Отец или мать учится использовать конкретные процедуры для изменения взаимодействия между родителями и детьми, развивает просоциальное детское поведение и ослабляет неповиновение у ребенка.
- Терапевты используют разнообразные методы обучения дома или в клинике, в том числе интерактивную дискуссию, прямое наставление, моделирование, заключение контрактов о поведении, воспроизведение поведения, формирование поведения, обратную связь, ролевую игру и структурные домашние задания.
- Родители учатся по-новому наблюдать за поведением своих детей и идентифицировать его.
- Сессии включают усвоение принципов социального научения, в том числе эффективное использование команд; способы установления четких правил; использование дифференцированного внимания; использование похвалы, вознаграждений или подарков за желаемое поведение; использование мягкого наказания, например, такого как тайм-аут в качестве подкрепления или потеря привилегий; переговоры; ограничение непредвиденных ситуаций.
- Терапевтические сеансы предоставляют родителям возможность увидеть, как применяются новые техники, попрактиковаться в них и заново пересмотреть развитие отношений в семье.
- Домашние задания и другие тактики используются для того, чтобы способствовать генерализации навыков, усвоенных в процессе терапии дома.
- Прогресс в терапии тщательно фиксируется, и по мере надобности в ней осуществляются изменения.

Тренинг родительской компетентности*

Тренинг родительской компетентности (Parent management training), описанный нами в главе 5, направлен на то, чтобы обучить родителей заставлять ребенка изменять свое поведение дома (Eyberg, 1988; Forehand & McMahon, 1981). Основная предпосылка тренинга родительской компетентности состоит в том, что плохое взаимодействие родителей и ребенка может вести к поддержанию антисоциальных паттернов поведения ребенка, и в предположении, что стоит изменить способ взаимодействия родителей с ребенком, как его поведение улучшится (Dishion, Patterson & Kavanagh, 1992; McMahon & Wells, 1989, 1998). Хотя меры принуждения в семье рассматриваются как совместный результат поведения и родителей и ребенка, легче всего и наиболее желательно для начала изменить поведение родителей, и тогда эти взаимодействия изменятся. Цель тренинга родительской компетентности — обучить родителей новым навыкам. Хотя существует много вариаций в тренинге родительской компетентности, например индивидуальный или групповой тренинг, тренинг в клинике или дома, применение «живых» материалов или записей на видеоленке, все методы тренинга родительского менеджмента обладают несколькими общими чертами (Kazdin, 1995). Они изображены в табл. 6.7.

Тренинг родительской компетентности обладает рядом преимуществ и ограничений. (McMahon &

* О программе тренинга родительской компетентности, разработанной в России, см. учебник по психотерапии под ред. Б. Д. Карвасарского, 2-е изд. — Прим. науч. ред.

Wells, 1989). Были разработаны многие замечательные руководства для лечения и обучающие материалы, облегчающие его широкое распространение (например, Barkley, 1997e; McMahon & Forehand, in press). Кроме того, тренинг родительской компетентности получил более широкое признание и оценку, чем другие методы лечения проблем в поведении. Эти оценки постоянно показывают, что тренинг родительской компетентности обладает кратковременной эффективностью на влияние на поведение детей и родителей, при этом, в среднем, ребенок, чьи родители участвуют в ТРК, оказывается более приспособленным после курса терапии, чем 80% детей, чьи родители не принимали в нем участия (Serketich & Dumas, 1996). Помимо изменений, наблюдающихся у ребенка, тренинг родительской компетентности помогает разрешить проблемы в поведении братьев и сестер и снизить стресс и депрессию у родителей.

Тренинг родительской компетентности оказался наиболее эффективным для родителей детей младше 12 лет и менее эффективен для родителей подростков (Dishion & Patterson, 1992). Хотя тренинг родительской компетентности достигает краткосрочного эффекта, его долгосрочная эффективность менее очевидна (Kazdin, 1995, 1997; McMahon & Wells, 1998). Кроме того, тренинг родительской компетентности предъявляет многочисленные требования к родителям, такие как совершение процедур дома, посещение встреч и поддержание контактов с терапевтом по телефону. Для семей с немногочисленными ресурсами, находящимися в состоянии стресса, эти требования могут быть слишком тяжелыми, чтобы можно было продолжать лечение (Ambruster & Kazdin, 1994; C. E. Cunningham et al., 2000).

Тренинг родительской компетентности редко применяется непосредственно. Родители могут не

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 6.4 Ступени тренинга по разрешению проблем

Проблемная ситуация: Джейсон, один из одноклассников, взял твою игру. Ты хочешь ее вернуть. Что ты сделаешь?

Ступень 1: Что я должен делать?

На этой ступени ребенка просят определить и идентифицировать проблему.

Я хочу получить у Джейсона мою игру.

Ступень 2: Мне надо исследовать все мои возможности.

На этой ступени ребенка просят найти альтернативное решение проблемы.

Я могу ударить его и забрать игру обратно, попросить его отдать игру или сказать моему учителю.

Ступень 3: Мне бы лучше сосредоточиться и сконцентрироваться.

Эта ступень обучает ребенка концентрироваться и оценивать решения, которые приходят ему в голову.

Если я побью его, то у меня будут проблемы. Если я попрошу его, он может быть вернет мне ее.

Ступень 4: Мне нужно сделать выбор.

На этой ступени ребенок выбирает решение, кажущееся ему наиболее эффективным.

Я попытаюсь попросить его, и если не получится, я расскажу обо всем учителю.

Ступень 5: Я правильно сделал или совершил ошибку.

На этой последней ступени ребенок оценивает решение: было ли это самое лучшее из имеющихся решений, правильно ли шел процесс разрешения проблем, или ребенок выбрал ошибочное и нежелательное решение (в этом случае пятиступенчатый процесс начинается снова).

Я сделал правильный выбор. У меня не будет проблем. Джейсон и я можем по-прежнему остаться друзьями, если он вернет мне мою игру. Если нет, я сделаю все возможное, чтобы вернуть ее назад, прежде чем обратиться за помощью к учителю. Я правильно поступил!

осознавать, что используют принуждение, так как считают, что у них возникают трудности из-за того, что их ребенок — упрям, их брак — неудачен, работа мешает им проводить время вместе с детьми, или что учителя в школе несправедливы. Фактически, родители детей с проблемами в поведении зачастую считают, что они используют хорошую практику воспитания, но что их ребенок не реагирует. Если в лечении такие представления родителей не учитываются, маловероятно, что родители усвоят процедуру тренинга или сами исправят свое поведение (Johnston,

1996; Miller & Prinz, 1990; Prinz & Miller, 1996). Наконец, тренинг родительской компетентности не учитывает этнические различия в США. Включение разнообразных родительских практик (например наказания) в культурные представления и ценности диктует, чтобы тренинг родительской компетентности более чутко реагировал на них (Deater-Deckard, Dodge, Bates & Pettit, 1996; Forehand & Kotchick, 1996).

Тренинг родительской компетентности все больше внимания уделяет обучению стратегиям общего

Таблица 6.8

Основные элементы тренинга когнитивных навыков разрешения проблем

- Уделяется особое внимание мышлению ребенка, хотя поведение, являющееся результатом мышления, также считается важным; детей обучают постепенно разрешать межличностные проблемы.
- Самоподтверждения используются, чтобы направить внимание на аспекты проблемы, ведущие к эффективному решению.
- В терапии используются структурные задания, в том числе игры, школьные задания или рассказы.
- Ребенок учится применять когнитивные навыки разрешения проблем, усваиваемые в подлинных жизненных ситуациях.
- Психотерапевт играет активную роль в лечении, дает примеры когнитивных процессов в вербальных утверждениях, применяет последовательность утверждений для проблем, подсказывает детям, как применять навыки, предоставляет обратную связь и оценивает правильное их применение.
- В психотерапии сочетаются моделирование, практика, ролевая игра, поведенческие контракты, подкрепление и слабое наказание, такое как потеря очков или призов.
- В психотерапии уделяется особое внимание расширению решения проблем для повседневной жизни ребенка с помощью домашних заданий. Помимо этого родителей обучают помогать ребенку использовать ступени принятия решений и выполнять домашние задания.

разрешения проблем и навыкам игры, чтобы расширить взаимоотношение родителей и детей и знания родителей, поддержать брак и оказать социальную поддержку. Эта программа терапии придает большое значение активному участию родителей, этническим и культурным факторам (Forehand & Kotchick, 1996; McMahon & Wells, 1998).

Когнитивный тренинг навыков разрешения проблем

Когнитивный тренинг навыков разрешения проблем уделяет внимание когнитивным недостаткам и искажениям, проявляемым детьми и подростками с проблемами поведения в ситуациях межличностного общения, в особенности агрессивными детьми (Kazdin, 1996с). Основная предпосылка когнитивного тренинга навыков разрешения проблем состоит в том, что антисоциальные и агрессивные реакции ребенка провоцируются его или ее восприятием и оценкой окружающих событий и что изменения в ошибочном мышлении ребенка приведут к изменениям в открытом поведении. Как показано во врезке 6.4, детей обучают идентифицировать их мысли, чувства и поведение в проблемных социальных ситуациях при помощи серии из пяти шагов по разрешению проблем.

Во время прохождения тренинга терапевт, играющий активную роль в лечении, использует обучение, практику и обратную связь, чтобы помочь детям найти различные возможности справиться с социальными ситуациями, научившись оценивать ситуацию, идентифицировать утверждения о себе и свои реакции, изменить типы атрибуций, которые делаются о поведении других детей, стать более чуткими к их чувствам, предвидеть реакцию других, находить альтернативные и более подходящие решения межличностных проблем и исследовать влияние личного поведения на других и себя. Основные эле-

менты когнитивного тренинга разрешения проблем приводятся в табл. 6.8.

Когнитивный тренинг навыков разрешения проблем имел некоторый успех у детей и молодежи, направляемой на лечение в связи с проблемами в поведении, особенно у детей постарше, и этот метод оказал благотворное влияние на функционирование родителей и семьи (Kazdin & Wassel, 2000). Исследование постоянно подтверждает взаимосвязь между плохой приспособленностью и агрессивным поведением, на котором основывается тренинг навыков разрешения когнитивных проблем. Процедуры этого тренинга подробно описываются в руководствах по терапии (Finch, Nelson & Ott, 1993; Shure, 1992). Однако остается неясно, ответственны ли изменения понятия о неприспособленности за улучшения в поведении. В самом деле, изменение когнитивных процессов необязательно приводит к изменениям в поведении (Dodge, 1989). Наконец, хотя большинство детей в результате улучшают свое поведение, у некоторых из них по-прежнему остается больше проблем, чем у их нормальных и не оппозиционных сверстников (Kazdin, Siegel & Bass, 1992).

Многосистемная терапия

Многосистемная терапия (Multisystemic treatment)

Многосистемная терапия (Multisystemic treatment) основана на методе семейных систем, подчеркивающим взаимодействием социальных влияний и отражающим представление о том, что проблемы поведения детей, как правило, отражают дисфункции в семейных отношениях (Henggeler & Borduin, 1990; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998). С точки зрения многосистемной терапии, ребенок с проблемами поведения функционирует во взаимосвязанных социальных системах, таких как семья, школа, соседи, суды и службы для молодежи. Основная предпосылка этой терапии заключается в том, что антисоциальное поведение является результа-

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Таблица 6.9 Направляющие принципы многосистемного лечения

- Принцип 1:** Цель оценки – понять «соответствие» между идентифицируемыми проблемами и их более широким контекстом.
- Принцип 2:** Вмешательства должны быть сфокусированы на настоящем, ориентироваться на действие и решать конкретные и четко определенные проблемы.
- Принцип 3:** Вмешательства должны состоять из транзакций в поведении с разнообразными системами.
- Принцип 4:** Вмешательства должны соответствовать уровню развития ребенка и потребностям молодежи.
- Принцип 5:** Вмешательства должны требовать ежедневных и еженедельных усилий от членов семьи.
- Принцип 6:** Эффективность вмешательства оценивается постоянно, исходя из множества перспектив.
- Принцип 7:** Вмешательства должны приводить к генерализации эффектов лечения и их поддержанию во времени.
- Принцип 8:** Терапевтические контакты должны сосредоточиваться на позитивных чертах и вмешательства должны использовать системные методы в качестве рычагов для изменений.
- Принцип 9:** Вмешательства должны быть предназначены для того, чтобы развивать ответственное поведение и снижать безответственность в поступках.

том или поддерживается в процессе транзакций внутри этих систем или между ними (Henggeler, 1991). Таким образом, терапия проводится со всеми членами семьи, школьным персоналом, сверстниками, сотрудниками юношеской службы и другими людьми в жизни ребенка. Многосистемная терапия — это интенсивный метод, опирающийся на другие техники, например: психотерапию родительской компетентности, когнитивный тренинг навыков разрешения проблем и семейную терапию, и специализированные вмешательства, такие как помещение в специальные образовательные учреждения и программы терапии, направленной на борьбу со злоупотреблением наркотиками или службы закона. В действительности многосистемная терапия направлена на коррекцию многочисленных серьезных признаков антисоциального поведения (Rowland et al., 2000). Направляющие принципы многосистемного лечения представлены в табл. 6.9.

Исследования результатов многосистемной терапии с крайне антисоциальными и жестокими подростками обнаружили, что этот метод лучше обычных служб, индивидуального консультирования, общественных служб и помещения в психиатрическую больницу. Кроме того, обнаружилось, что с помощью этого метода уменьшается преступность и агрессия у сверстников и улучшаются взаимоотношения в семье. Очень важно, что многосистемная терапия снижает уровень криминального поведения на период до 5 лет после ее прохождения. Многосистемный тренинг также эффективен по затратам, так как они оцениваются в одну пятую от сумм, необходимых для более современных вмешательств (Henggeler, 1992, 1999; Henggeler et al., 1998, 1999). Поскольку исследования многосистемного тренинга не выделяли в отдельную группу тех подростков, у которых формировался устойчивый паттерн антисоциального поведения по сравнению с детьми, антисоциальность которых ограничивалась отрочеством, трудно выяснить, одинаково ли успешным оказывается применение этих методов для обеих групп. Возможно, что отчасти успех мультисистемного тренинга помогает подросткам с антисоциальными наклонностями ослабить связи с их оппозиционными обществу сверстниками и, таким образом, они раньше отказываются от преступного поведения.

Лекарственные препараты

Для лечения импульсивных и агрессивных проявлений у детей и взрослых с проблемами поведения используются разнообразны лекарственные средства, в том числе нейролептики, литий, антиэпилептические препараты и стимулирующие средства (M. Campbell, Cueva & Adams, 1999; Gadow, 1991). Нейролептики — наиболее часто используемые лекарства для лечения агрессивного поведения. Тем не менее следует тщательно продумывать их долгосрочное использование из-за побочных эффектов, которые могут включать когнитивные дефициты, сонливость, набор лишнего веса и расстройства желудочно-кишечного тракта. Литий — это стабилизатор настроения, ослабляющий агрессивное поведе-

ние и дающий меньше побочных эффектов, чем нейролептики (Malone, Delaney, Leubbert, Cate & Campbell, 2000). Противосудорожный препарат карбамазепин также помогает ослабить агрессивное поведение с минимальным влиянием на когнитивные функции. В дополнение к этим средствам лечения агрессивных симптомов, стимулирующие лекарства также могут помочь ослабить импульсивность у детей с проблемами поведения и сопутствующим расстройством дефицита внимания и гиперактивности (Frick, 2000).

Лекарства, использовавшиеся для лечения агрессивных симптомов, могут снять взрывные агрессивные и деструктивные проявления, но они реже снимают скрытые симптомы, такие как воровство или ложь. Используясь для ослабления агрессивного поведения самого по себе, лекарства может быть вряд ли достаточно и его всегда надо использовать в сочетании с вмешательствами, которые обучают детей соответствующему социальному поведению и самоконтролю (M. Campbell et al., 1999).

Превентивные вмешательства

До последнего времени лечению детей постарше с проблемами поведения уделялось намного больше внимания, чем программам раннего вмешательства и предупреждения. К счастью, такое состояние дел изменилось и выросло понимание необходимости интенсивных вмешательств дома и в школе, которые могут конкурировать с историей негативного развития ребенка, плохой семьей и окружением общества и дружбой с оппозиционно настроенными сверстниками (Henrich, Brown & Aber, 1999; Sanders, 1999; Tolan, Guerra & Kendall, 1995). Можно выделить следующие основные предпосылки превентивных вмешательств.

- Проблемы в поведении можно легче и эффективнее вылечить у маленьких детей, чем у детей постарше.
- Если с юного возраста противодействовать факторам риска и усиливать факторы защиты, человек может ограничить или предотвратить эскалацию агрессии, отвержения сверстников, дефицита самооценки, расстройства поведения и провалов в учебе, наблюдаемых у детей с рано возникающими проблемами поведения.
- В течение длительного промежутка времени превентивные вмешательства существенно снизят затраты на образование, судебные процессы, здоровье и систему охраны здоровья, связанные с проблемами поведения (Webster-Stratton, 1996).

Кэролайн Вебстер-Страттон разработала программу интенсивного раннего вмешательства для родителей 4–8-летних детей с проблемами поведения или рискованными их приобрести (Webster-Stratton, 1995, 1996, 1998). В обучении применяются интерактивные видеокурсы, что позволяет широко их использовать с относительно низкими затратами. Кроме обучения родителей навыкам управления

детьми, эта программа также адресована взаимосвязанным проблемам поведения человека, его семьи и отношений в школе. Родителей также обучают стратегиям личного самоконтроля для того, чтобы справиться с гневом, депрессией и порицанием. Кроме того, родители усваивают эффективные навыки коммуникации, стратегии, для того чтобы справиться с конфликтами дома и на работе, и способы увеличить социальную поддержку.

Приблизительно 65% детей, чьи родители участвовали в таких ранних интервенциях, показали значительные улучшения в своем поведении (Webster-Stratton, 1996). Однако высокий уровень рецидивов в некоторых семьях и недостаток генерализации улучшения поведения в школе и взаимоотношений со сверстниками предполагает, что требуются дополнительные вмешательства, непосредственно обучающие ребенка. В результате дополнительный элемент программы обучает детей усваивать соответствующие навыки разрешения проблем и социальные навыки. Сессии терапии проходят в маленьких группах. В них уделяется внимание правилам, обучению эмпатии и навыкам коммуникации. Дети также обучаются стратегиям разрешения проблем, контролю над собственным гневом и навыкам, связанным со школой (Webster-Stratton, 1996). Из-за юного возраста детей (8 лет или меньше), для того чтобы увлечь их, применяются такие процедуры, как игра, ролевые игры, мультфильмы и рисунки. Последующие исследования обнаружили, что эти процедуры достаточно эффективны, в особенности в сочетании с вмешательством родителей (Webster-Stratton & Hammond, 1997).

Инновационная программа *быстрый путь* (FAST track) предназначена для предотвращения хронического антисоциального поведения (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992, 2000). Это раннее вмешательство — отличный пример всеобъемлющих усилий, требующихся для лечения серьезных проблем в поведении. Данная программа направлена на детей из детского сада, подвергающихся сильному риску, которые отличаются разрушительным поведением и плохими отношениями со сверстниками. Цель этой программы — ослабить разрушительное и агрессивное поведение ребенка дома и в школе и улучшить его взаимоотношения с родителями, учителями и сверстниками. Детей обучают социально-когнитивным навыкам, необходимым для эффективного разрешения межличностных проблем и регуляции эмоций. Другая важная цель — это усовершенствование академических навыков, в особенности чтения, и улучшение качества взаимоотношений между членами семьи и персоналом школы.

Для достижения этих целей используются пять компонентов комплексного лечения: 1) тренинг родительской компетентности; 2) визиты на дому/ведение отдельных случаев антисоциального поведения; 3) когнитивно-поведенческий тренинг социальных навыков; 4) тренинг по обучению; 5) вмешательство, основанное на обучении в классе. Вмешательства, вроде программы «быстрый путь», осуществляются

в сотрудничестве с родителями, учителями и психологами. Преимущества программы состоят в том, что она направлена на недостатки и детерминанты, на которые указывалось в исследованиях, в ней используются процедуры терапии, обладающие некоторой эмпирической поддержкой.

Первоначальные свидетельства о результатах в конце первой ступени этой программы показывают, что взаимоотношения проблемных детей со сверстниками несколько улучшаются, улучшается учеба детей и в целом атмосфера в классе; снижаются проблемы в поведении и применяются специальные образовательные ресурсы; в процессе этой программы изменяются установки родителей и ценности (Coie, 1997; Conduct Problems Prevention Research Group, 1999a, 1999b). Первоначальные результаты многообещающи, но только время подскажет, достигнет ли такое всеобъемлющее вмешательство намеренной долгосрочной цели и сможет ли предотвратить хронические проявления антисоциального поведения и улучшить психосоциальные и учебные показатели. Вскоре будут ясны показатели детей, прошедших третью ступень программы.

Хотя уже сделано много замечательных достижений в лечении и предупреждении проблем поведения, еще предстоит много работать. Главный вывод, который надо сделать из усилий по вмешательствам, за прошедшие 100 лет состоит в том, что степень успеха или неудач в лечении антисоциального поведения зависит от типа и серьезности проблем поведения ребенка и связанных с ними факторов риска и предупреждения (Kazdin & Wassel, 1999). Детям со средними проблемами поведения из большинства нормальных семей среднего класса, как правило, приносит пользу вмешательство родителей, семьи или школы, а дети с серьезными или постоянными проблемами из семей с дисфункциями и с плохими соседями получают мало пользы, если вообще что-то приобретают от такого рода вмешательств. Хотя интенсивные вмешательства для детей с серьезными проблемами поведения и достигают небольших и краткосрочных целей, степень нормализации и долгосрочного влияния этих методов еще предстоит определить (Kazdin, 1995).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Несмотря на значительные усилия помочь детям и подросткам с проблемами поведения, не существует вмешательств, которые были бы полностью эффективными. Однако использование некоторых методов может быть успешным.
- Основной составляющей тренинга родительской компетентности является обучение родителей изменять поведение своего ребенка дома.
- Основная предпосылка когнитивного тренинга навыков разрешения проблем состоит в том, что ошибочные восприятия и оценки межличностных

событий провоцируют антисоциальные реакции. Главное, меняется поведение ребенка за счет изменения его способа мышления в социальных ситуациях.

- Многосистемная терапия — это интенсивный метод лечения, в котором участвуют все члены семьи, школьный персонал, сверстники, работники исправительных учреждений и другие люди, принимающие участие в жизни ребенка.
- В последнее время предпринимаются усилия, чтобы предотвратить возникновение проблем поведения с помощью интенсивных программ вмешательства на ранних стадиях.
- Степень успеха или неудачи в лечении антисоциального поведения зависит от типа и серьезности проблем поведения ребенка и связанных с ним факторов риска и предотвращения.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

Поведенческие проблемы — conduct problems
 Антисоциальное поведение — antisocial behavior
 Делинквентный — delinquent
 Экстернализированное поведение — externalizing behavior
 Открыто-скрытый параметр — overt-covert dimension
 Измерение деструктивности — отсутствие деструктивности — destructive — nondestructive dimension
 Расстройство социального поведения — disruptive behavior disorders
 Оппозиционно-демонстративное расстройство — oppositional defiant disorder (ODD)

Расстройство поведения — conduct disorder (CD)

Расстройство поведения, начинающееся обычно в детском возрасте — childhood-onset conduct disorder

Расстройство поведения, начинающееся обычно в подростковом возрасте — adolescent-onset conduct disorder

Антисоциальное расстройство личности — antisocial personality disorder

Психопатия — psychopathy

Безразлично-неэмоциональный межличностный стиль — callous and unemotional interpersonal style

Издвательство — bullying

Склонность к приписыванию враждебности — hostile attributional bias

Линия поведения, сохраняющаяся в течение жизни — life-course persistent path

Линия поведения, ограниченная подростковом возрастом — adolescent-limited path

Господство вознаграждений — reward dominance

Система активации поведения — behavioral activation system

Система сдерживания поведения — behavioral inhibition system

Реципрокное воздействие — reciprocal influence

Теория принуждения — coercion theory

Ловушка подкрепления — reinforcement trap

Гипотеза усилителя — amplifier hypothesis

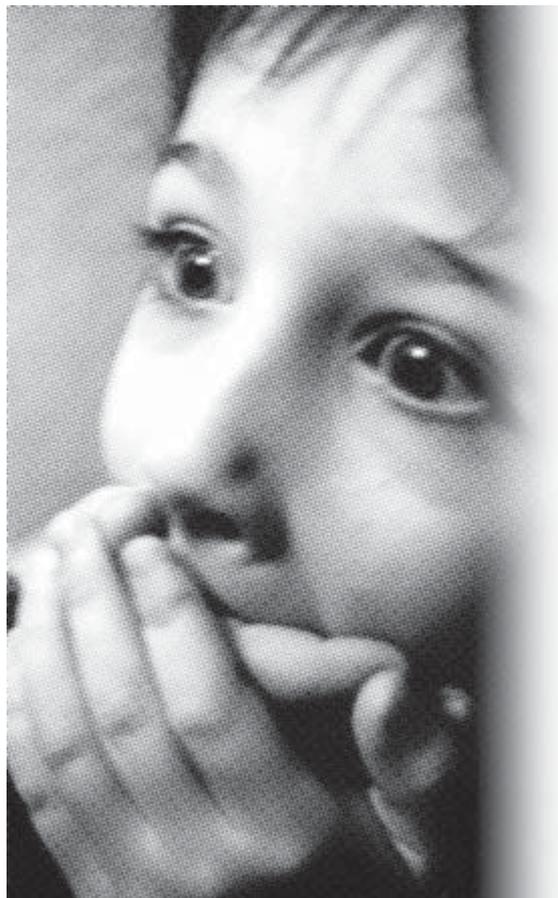
Гипотеза социальной селекции — social selection hypothesis

Тренинг родительской компетентности — parent management training

Когнитивный тренинг навыков разрешения проблем — cognitive problem-solving skills training

Многосистемная терапия — multisystemic treatment

Глава 7
ТРЕВОЖНЫЕ
РАССТРОЙСТВА



Страх разлуки: Брэд очень боится разлуки с матерью. Он следует за ней по пятам по всему дому, ему постоянно нужно знать, где она находится.

Генерализованное тревожное расстройство: Алешу беспокоит все: школьная успеваемость, события, о которых сообщают в новостях, семейный бюджет.

Социофобия: Данте постоянно озабочен тем, что о нем думают другие. Он ни с кем не общается в школе и чувствует себя в полном одиночестве.

Обсессивно-компульсивное расстройство: Вэйман не может перестать думать о том, что он не в состоянии заснуть. Каждый вечер перед сном он совершает одни и те же действия: открывает и закрывает дверь туалета, расправляет и заправляет постель.

Паническое расстройство: Клаудиа описывает свой внезапный приступ непреодолимой тревоги. «Мое сердце стало биться так сильно, что мне казалось, оно вот-вот разорвется. Я думала, что умру».

Все дети испытывают страх, тревогу, беспокойство или смущение — чувства, которые неизбежно возникают у каждого человека в процессе его роста и развития. Но в приведенных нами примерах дети страдают от чрезмерной болезненной тревожности. У каждого из них — тревожное расстройство. Это одно из наиболее распространенных психических заболеваний среди детей и подростков, с которым связаны многие сопутствующие проблемы. (Majcher & Pollack, 1996). Но зачастую тревожные расстройства остаются нераспознанными, а дети и подростки, страдающие этими расстройствами, не получают своевременной медицинской помощи (Vasey & Ollendick, 2000). Это связано с тем, что страх и тревога постоянно возникают и при нормальном развитии. Кроме того, многие симптомы носят скрытый характер (например, связанные с тревожностью боли в желудке) и, в отличие от симптомов поведенческих расстройств, не представляют какой-либо социальной угрозы, что также позволяет им оставаться незамеченными (Albano, Chopita & Barlow, 1996).

Долгое время детская тревожность считалась незначительным и преходящим нарушением, которое исчезает по мере приобретения нормального жизненного опыта. Однако теперь мы знаем, что многие дети, испытывающие тревогу, не избавляются от своих проблем в подростковом и зрелом возрасте (Ollendick & King, 1994a). Хотя отдельные симптомы страха и тревоги обычно кратковременны, тревожные расстройства могут протекать в течение длительного периода (March, 1995a).

В действительности около половины людей, у которых сформировалось тревожное расстройство, страдают им на протяжении 8 лет и более (Keller et al., 1992).

Тревога — это эмоциональное состояние, для которого свойственны сильный негативный аффект, симптомы мышечной напряженности и предчувствие опасности или неудачи в будущем (Barlow, 1988). Это определение включает два основных признака тревоги — сильные негативные эмоции и элемент страха. Считается, что дети, испытывающие чрезмерную болезненную тревогу, страдают **тревожным расстройством**. Такие расстройства проявляются по-разному. Некоторые дети, подобно Брэду, испытывают тревогу, когда они разлучены с матерью или оказываются вне дома. Другие, как Алеша, беспокоятся почти по любому поводу и чувствуют тревогу практически постоянно без очевидной на то причины. Некоторые дети страдают от тревоги лишь в определенных ситуациях, например, когда они летят в самолете или, как Данте, когда им надо отвечать на уроке. Другие, подобно Вэйману, переживают повторяющиеся, навязчивые и нежелательные мысли, вызывающие тревогу, и часами производят ритуальные действия, пытаясь ее ослабить. У некоторых детей, как у Клаудии, возникают внезапные вспышки сильной тревоги, которые деморализуют их и сковывают, делая неподвижными. А других не покидают постоянные и пугающие мысли после травматического события, например после наводнения или сексуального насилия.

У многих детей отдельные разновидности тревожных расстройств могут возникать одновременно, сочетаясь друг с другом, или последовательно, проявляясь в разные периоды развития (Eisen, Kearney & Schaefer, 1995). Различные типы тревожных расстройств имеют некоторые общие для всех характеристики, поэтому мы начнем с обсуждения основных признаков, свойственных всем типам (Barlow, 1988). Частое возникновение страхов и тревог в детстве и подростковом возрасте требует, чтобы мы также рассмотрели роль этих эмоций в нормальном развитии. Затем мы перейдем к обзору каждого из тревожных расстройств и их отличий друг от друга (Pine, Cohen, Cohen & Brook, 2000).

Переживание тревоги

Когда Билли видел собаку, свободно бегущую перед его домом, он бледнел, покрывался испариной и начинал дрожать от страха. Мысли его путались, и он уже был не способен ни о чем думать. Сердце бешено колотилось в груди, все тело напрягалось. Ему становилось трудно дышать и он замирал на месте.

Тревога Билли — это реакция на событие, которое воспринимается им как потенциальная угроза или опасность. Большинство людей способны распознавать признаки тревоги у себя и у других и адекватно реагировать на них. На самом деле в определенном возрасте и в определенных ситуациях появление тревоги бывает вполне закономерным и нормальным явлением. Годовалые младенцы трево-

жаты, когда их разлучают с матерями, и практически у каждого ребенка возникают кратковременные специфические страхи — например страх темноты. Мир может казаться ребенку странным, угрожающим и полным опасностей, некоторые из которых реальные, а другие — воображаемые. Хотя никому не нравится испытывать тревогу, ее отсутствие в некоторых ситуациях может иметь негативные последствия.

Как правило, мы чувствуем тревогу, когда делаем что-то важное, и она в умеренных дозах помогает нам мыслить и действовать более эффективно. Возможно, вы лучше подготовитесь к экзамену, если будете немного беспокоиться о том, насколько успешно вам удастся его сдать. Подобным образом тревога может помочь ребенку серьезнее отнестись к докладу, который ему нужно сделать в школе, или к спортивному соревнованию. В общем, тревога является *адаптивной эмоцией*, подготавливающей ребенка физически и эмоционально к ситуациям, которые могут оказаться опасными для его безопасности или благополучия (Barlow, 1988).

Нормальное чувство тревоги в некоторых случаях помогает человеку, но слишком интенсивная тревога может иметь негативные последствия. Чрезмерная, не поддающаяся контролю тревога действует угнетающе. Ребенок может провалить экзамен или не справиться с тестом потому, что ему не удастся сконцентрировать внимание на вопросах. Вместо того чтобы думать о том, как, например, решить математическую задачу, он терзает себя мыслями:



Рис. 7.1. Реакция «борьбы и бегства».

«Какой ужас, я, кажется, не смогу справиться с тестом». Тревога, обычно полезная эмоция, работает против детей с тревожными расстройствами.

Чрезмерная тревожность мешает повседневной деятельности ребенка. Он испытывает страх в тех ситуациях, которые не содержат признаков реаль-

Таблица 7.1 Разнообразные симптомы тревоги

ФИЗИЧЕСКИЕ

Учащенный пульс	Головокружение	Прилив крови к лицу
Утомление	Туман перед глазами	Рвота
Учащенное дыхание	Сухость во рту	Оцепенение
Тошнота	Мышечное напряжение	Потоотделение
Расстройство желудка	Сердцебиение	

КОГНИТИВНЫЕ

Мысли о том, что тебя напугают или причинят тебе вред	Мысли о собственной некомпетенции или несоответствии требованиям	Мысли о физической травме
Мысли о монстрах или диких животных, либо представление себе их образов	Трудности с концентрацией внимания	Образы близких людей, испытывающих боль
Самоуничижительные или самокритичные мысли	Помрачение сознания или забывчивость	Мысли о том, что сходишь с ума
	Мысли о том, что будешь выглядеть глупо	Мысли о заражении инфекционным заболеванием

СИМПТОМЫ ПОВЕДЕНИЯ

Избегание	Дрожащие губы	Избегание зрительного контакта
Плач или стон	Сглатывание	Нарушение координации
Обгрызание ногтей	Парализация	Сжатие челюстей
Дрожь в голосе	Подергивание конечностей	Беспокойные движения
Заикание	Сосание пальца	

Источник: Barrios & Hartmann, 1997, адаптировано.

ной угрозы или опасности. Даже если ребенок знает, что бояться нечего, он все равно испуган и делает все возможное, чтобы «спастись» или избежать пугающей его ситуации. Этот паттерн саморазрушающего поведения известен под названием **невротического парадокса** (Mowrer, 1950). Его многократное повторение уподобляет ребенка Сизифу, раз за разом вкатывающему на гору камень, который неизбежно срывается вниз.

Прежде всего тревога — это моментальная реакция на осознаваемую опасность или угрозу. Эта реакция называется **реакцией «борьбы и бегства»**, поскольку она направлена на то, чтобы избежать потенциального ущерба путем столкновения с источником опасности («борьба»), либо путем уклонения от него («бегство»). Если, посмотрев вверх, вы увидите, что на вас собирается упасть рояль, и при этом не испытаете никакой тревоги, последствия будут для вас довольно неприятны. Ваша реакция «борьбы и бегства» заставит вас моментально отпрыгнуть в сторону от точки падения рояля и позволит избежать неприятных последствий» (Barlow, 1988).

Вспомните последнюю ситуацию, которая заставила вас тревожиться. Что в этой ситуации беспокоило вас? Какие физические симптомы вы заметили? О чем вы думали? Что вы делали? Описать, на что похоже состояние тревоги, непросто, потому что тревога является сложной реакцией со многими симптомами, как показано в табл. 7.1. Какие из этих симптомов вы испытывали? Что общего между ними?

Симптомы тревоги выражаются за счет взаимодействия трех связанных систем реакции: физической системы, когнитивной системы и системы поведения. Важно знать характеристики каждого из трех типов симптомов, поскольку тот или иной может преобладать у разных детей, имеющих одно и то же тревожное расстройство. Кроме того, при различных тревожных расстройствах доминирующими являются различные системы реакции, о чем мы будем говорить в следующих разделах. Давайте подробнее рассмотрим, как работает каждая из систем реакции.

Физическая система. При столкновении с опасностью или возникновении предчувствия опасности мозг посылает сигналы симпатической нервной системе, которая вызывает реакцию «борьбы и бегства». Активация этой системы дает множество важных химических и физических эффектов, готовящих организм к действию (Rapee, Craske & Barlow, 1996):

- *Химические эффекты.* Надпочечники выбрасывают в кровь адреналин и норадреналин.
- *Сердечно-сосудистые эффекты.* Частота пульса и сила ударов сердца возрастают, подготавливая организм к действию путем ускорения кровообращения и улучшения снабжения тканей кислородом.
- *Респираторные эффекты.* Скорость и глубина дыхания возрастают, благодаря чему к тканям

поступает больше кислорода и быстрее удаляются продукты газообмена. Это может вызвать ощущение нехватки воздуха, удушья либо боли в груди. Снабжение кровью головного мозга может понизиться, что приводит к неприятным, но не представляющим серьезной опасности симптомам, таким как головокружение, туман перед глазами, затемнение сознания или появление красных пятен на лице.

- *Эффекты потовых желез.* Увеличивается потоотделение, что охлаждает тело и делает кожу скользкой.

- *Другие физические эффекты.* Зрачки расширяются, пропуская больше света, что может являться причиной тумана или пятен перед глазами. Уменьшается слюноотделение, в результате возникает сухость во рту. Происходит снижение активности пищеварительной системы, что может вызвать тошноту и ощущение тяжести в желудке. Мышцы напрягаются в готовности к борьбе или бегству, что ведет к субъективному ощущению скованности, боли и дрожи.

Эти физические симптомы обычно являются признаками тревоги. Кроме того, реакция «борьбы и бегства» вызывает общую активизацию метаболизма. В результате человека бросает в жар, у него появляются пятна на лице и, поскольку активизация требует больших затрат энергии, человек впоследствии может чувствовать себя усталым и истощенным (Rapee et al., 1996).

Когнитивная система. Поскольку основной целью реакции «борьбы и бегства» является предупреждение о возможной опасности, возникновение реакции ведет к непрерывному поиску потенциальной угрозы. Детям с тревожными расстройствами трудно сосредоточиться на повседневных задачах, потому что их внимание поглощено непрерывным поиском опасности или угрозы. Когда дети не могут отыскать подтверждение опасности, они обращают свой поиск внутрь себя: «Если вокруг нет ничего такого, что может вызвать у меня тревогу, тогда, должно быть, что-то не так со мной». Или они могут исказить ситуацию: «Хотя я не могу обнаружить опасность, но я знаю, что она где-то здесь». Или же они совершают и то, и другое одновременно. Дети с тревожными расстройствами изобретают разные объяснения своей тревоге: «Должно быть, я полное ничтожество», «Всем станет ясно, что я тушица, стоит мне только раскрыть рот», «Хотя я не могу их видеть, здесь повсюду микробы» (Rapee et al., 1996). Активация когнитивной системы зачастую ведет к субъективным опасениям, нервозности, трудностям с концентрацией внимания и панике.

Система поведения. Агрессия и желание спастись, сопровождающие реакцию «борьбы или бегства», являются побуждениями, переполняющими человека в тревожной ситуации, но социальные ограничения могут препятствовать осуществлению обоих им-

пульсов. Например, перед последним экзаменом вы можете почувствовать, что готовы наброситься на своего профессора или не прийти на экзамен вообще, но, к счастью для вашего профессора, вы предпочтете подавить эти побуждения, чтобы перейти на следующий курс. Однако они могут проявиться в постукивании ногой об пол, нервозности и раздражительности (посчитайте метки от зубов на карандашах) или в избегании — попытке получить больничный лист, просьбе о переносе экзамена или даже симуляции болезни. К сожалению, избегание способствует сохранению тревоги, несмотря на временное облегчение. Избегание получает *негативное подкрепление*. Оно усиливается, когда за ними следует удаление неприятного события и быстрое снижение тревоги. В результате каждый раз, когда ребенок сталкивается с ситуацией, вызывающей тревогу, он старается избавиться от нее как можно скорее, тревога угасает быстрее, и ребенок все чаще избегает подобных ситуаций. По мере того как дети с тревожными расстройствами все чаще прибегают к избеганию, им все сложнее становится заниматься повседневными делами (Rapee et al., 1996).

Шантель: Испытывает ужас, когда никого нет дома

Когда четырнадцатилетняя Шантель поняла, что осталась дома одна, ее охватил ужас. Ее мысли спутались. Она не знала, что ей делать. Ее сердце сильно стучало в груди, а все тело сжалось в напряжении. Ей казалось, что она не может дышать, и она зарыдала. Ей хотелось бежать, но она не могла даже сдвинуться с места.

Состояние Шантель демонстрирует, как три системы реакции на тревогу взаимодействуют и подпитывают друг друга. На физическом уровне ее реакции выразились в учащенном сердцебиении и напряженности мышц всего тела, на когнитивном уровне в спутанности мышления, на уровне поведения наблюдалась полная неподвижность.

Отличие тревоги от страха и паники

Важно отличать тревогу от двух очень родственных ей чувств — страха и паники. **Страх** — это выражающаяся в чувстве смятения немедленная реакция на существующую опасность или на чрезвычайные обстоятельства, угрожающие жизни. Хотя страх и тревога имеют много общего, реакция страха отличается от тревоги и психологически, и биологически. Страх — это *ориентированная на настоящее* эмоциональная реакция на действительную опасность, отмеченная сильным стремлением к поиску спасения и общим возбуждением симпатической нервной системы. Доминирующим является сигнал опасности: «Если я прямо сейчас не сделаю верный шаг, я могу никогда больше не сделать его». Напротив, тревога ориентирована на будущее и характеризуется дурными предчувствиями и ощущением недостатка контроля над предстоящими событиями,

которые могут оказаться угрожающими. И страх, и тревога предупреждают об опасности или о несчастье. Однако тревога возникает тогда, когда в настоящем никакой опасности не существует (Barlow, 1988).

Паника — это группа физических симптомов, связанных с реакцией «борьбы или бегства», которая неожиданно возникает при отсутствии какой-либо явной угрозы или опасности. Не имея объяснения таким физическим симптомам, как усиленное сердцебиение, человек может придумать его: «Я умираю». Сами по себе ощущения могут казаться угрожающими и вызывать в дальнейшем страх, опасения, тревогу и панику (Barlow, 1988).

Нормальные страхи, тревоги, беспокойство и ритуальные действия

Поскольку умеренные страх и тревога способствуют адаптации, неудивительно, что в детстве и подростковом возрасте часто встречаются эмоции и ритуальные действия, увеличивающие ощущение контроля. Они начинают привлекать внимание лишь тогда, когда являются чрезмерными или не соответствуют уровню развития.

Нормальные страхи. Поскольку дети и окружающая их среда непрерывно меняются, страхи, нормальные для одного возраста, могут стать препятствием развития навыков социального взаимодействия несколько лет спустя. Например, боязнь незнакомых людей может выполнять защитную функцию у младенцев и маленьких детей, но если она сохраняется по мере взросления, то может серьезно мешать развитию отношений со сверстниками. Является ли специфический страх нормальным или нет, зависит также от того, как он воздействует на ребенка и как долго продолжается. Если страх оказывает незначительное влияние на повседневную жизнь ребенка или длится всего несколько недель, то он, скорее всего, является частью нормального развития.



Все дети в процессе развития переживают страх, тревогу и беспокойство.

Частота появления страхов и их содержание меняются с возрастом, причем, как правило, чем старше становится ребенок, тем реже у него появляются страхи (Barríos & Hartmann, 1997; Gullone, 1999). Даже у старших детей часто встречаются специфические страхи, и многие подростки говорят, что страхи доставляют им значительное беспокойство и заметно мешают повседневной деятельности (Ollendick & King, 1994b). Практически в любом возрасте страхи чаще возникают у девочек, чем у мальчиков; девочки также считают себя более склонными поддаваться страхам, и страхи их сильнее, чем страхи мальчиков, и больше сказываются на их жизни (Ollendick, Yang, Dong, Xia & Lin, 1995). Хотя в основном с возрастом страхи появляются реже, некоторые из них, такие как страхи, связанные со школой, остаются стабильными, а другие, например страхи, связанные с социальным взаимодействием, могут возрасти. Наиболее распространенные страхи у младенцев, детей и подростков перечислены в табл. 7.2.

Нормальные тревоги. Как и страхи, тревоги очень часто возникают в детстве и подростковом возрасте. Около четверти родителей считают своих детей слишком нервными, пугливыми или тревожными (Achenbach, 1991a). Наиболее частыми симптомами нормальной тревоги являются обеспокоенность, связанная с прохождением теста, чрезмерная озабоченность своими способностями, излишняя потребность в одобрении, тревога, связанная с воз-

можным причинением вреда родителям, и тревога, связанная с физическим недомоганием (Barríos & Hartmann, 1997).

Младшие дети, как правило, чаще испытывают тревогу, чем старшие. Их тревога обычно связана с разлукой с родителями (Beidel, Silverman & Hammond-Laurence, 1996; Bell-Dolan, Last & Strauss, 1990). Девочки более тревожны, чем мальчики, но переживаемые ими симптомы в основном не имеют гендерных различий. Некоторые специфические тревоги, как, например, связанные с разлукой, с возрастом ослабевают, однако симптомы нервозности и тревожности не ослабевают с возрастом, в отличие от многих специфических страхов. Симптомы нервозности могут отражать устойчивую черту характера, предрасполагающую детей к формированию страхов, связанных с их стадией развития. Таким образом, предрасположенность к тревоге может оставаться стабильной в течение времени, даже если меняются объекты страхов ребенка (W. K. Silverman & Nelles, 1989).

Нормальные волнения. Если беспокойство о будущем настолько непродуктивно, почему же мы так часто испытываем это чувство? Похоже, что отчасти ради самого процесса волнения и размышления о возможных негативных исходах, что выполняет чрезвычайно важную для нормального развития функцию. Умеренное волнение может помогать детям подготовиться к будущим событиям — например, заставить ребенка лишний раз проверить до-

Таблица 7.2
Страхи, возникающие в младенчестве, детстве и подростковом возрасте

Возраст	Объекты страха
0–6 месяцев	Потеря физической поддержки, громкие звуки
7–12 месяцев	Незнакомые люди; внезапное, неожиданное появление предметов или предметы угрожающего вида
1 год	Разлука с родителями, травма, гигиена, незнакомые люди
2 года	Громкие звуки, животные, темная комната, разлука с родителями, крупные предметы или машины, изменения окружающей обстановки
3 года	Маски, темнота, животные, разлука с родителями
4 года	Разлука с родителями, животные, темнота, шум
5 лет	Животные, «плохие» люди, темнота, разлука с родителями, физическая травма
6 лет	Сверхъестественные существа (например привидения или ведьмы), физическая травма, гром и молния, темнота, засыпание в одиночестве, пребывание в одиночестве, разлука с родителями
7–8 лет	Сверхъестественные существа, темнота, события, показанные в программах новостей, пребывание в одиночестве, физическая травма
9–12 лет	Тесты и экзамены в школе, школьная успеваемость, физическая травма, внешность, гром и молния, смерть
Подростковый возраст	Личные отношения, внешность, школа, политические вопросы, будущее, животные, сверхъестественные явления, природные бедствия, безопасность

Источник: Klein & Last, 1989, адаптировано.

Таблица 7.3
Ритуальные повторяющиеся действия,
встречающиеся у детей

Ритуальные повторяющиеся действия	Средний возраст, в котором они появляются
Сильная привязанность к любимому объекту	14 месяцев
Повторение определенных действий снова и снова	18 месяцев
Предпочтение, отдаваемое действиям, которые совершаются в определенном порядке или определенным образом	21 месяц
Расположение предметов в определенном порядке или придание им «правильного» внешнего вида	23 месяца
Коллекционирование или хранение предметов	26 месяцев

Источник: D.W. Evans et al., 1997, адаптировано.

машнее задание перед тем, как сдать его, или повторить роль перед премьерой школьного спектакля. Волнение является основной чертой тревоги, и уровень тревожности связан с разнообразными детскими волнениями и их интенсивностью (W.K. Silverman, La Greca & Wasserstein, 1995, Vasey, 1993). Беспокоятся дети всех возрастов, но содержание и формы выражения беспокойства меняются. У старших детей волнения более разнообразны и сложны, и старшие дети лучше описывают их, чем маленькие дети (Chopita, Tracey, Brown, Collica & Barlow, 1997; Vasey & Daleiden, 1994).

Дети с тревожными расстройствами не обязательно беспокоятся чаще других, но, видимо, беспокоятся более интенсивно (S. Perrin & Last, 1997; Weems, Silverman & La Greca, 2000). Сильное беспокойство по поводу контактов с группой незнакомых людей, посещения школы или возможной неприятности, которая, как им кажется, произойдет с ними или с их родителями, часто возникает у детей с тревожными расстройствами, и редко у других детей. Другие сильные волнения, связанные с собственной безопасностью, хорошим выполнением работы и возможным проявлением растерянности и замешательства встречаются в обеих группах, но чаще у детей с тревожными расстройствами. Остальные сильные волнения по поводу школьных тестов, болей или спортивных достижений равно распространены у всех детей.

Нормальные повторяющиеся действия и ритуалы. Ритуальные, повторяющиеся действия чрезвычайно распространены у маленьких детей. Обычным примером может служить ежевечерний ритуал пожелания спокойной ночи перед сном, адресующийся родным в определенном порядке, или же совершение определенного числа объятий и поцелуев. Ритуальное поведение у маленьких детей направлено на упорядочение окружающей обстановки и на придание ей единообразия, на сохранение неизменных вкусов и пристрастий (например, просмотр одного и того же фильма снова и снова), на установле-

ние симметрии (например, в каждой руке должно быть по игрушке). Ребенок может проявлять беспокойство по поводу мельчайших деталей или изъянов игрушек или одежды, например, беспокоиться о волоске на рукаве куртки, или стараться располагать вещи таким образом, чтобы они «лежали правильно», настаивая на том, чтобы разные продукты на тарелке не соприкасались. Ритуалы помогают маленьким детям приобретать контроль и власть над своим социальным и физическим окружением и делают их мир более предсказуемым и безопасным (D. W. Evans et al., 1997). Любой из родителей, кто хотя бы раз нарушил детские ритуалы и поплатился за это, может оценить, насколько важны они для маленького ребенка.

Некоторые распространенные ритуальные повторяющиеся действия и средний возраст, в котором они появляются, указаны в табл. 7.3. Эти паттерны ритуального поведения делятся на две отдельные категории: 1) повторяющиеся действия и 2) действия, осуществляющиеся по неизменному «правильному» сценарию, или расположение предметов в определенном порядке и придание им «правильного» внешнего вида. Хотя эти категории поразительно похожи на категории, которые обнаруживаются у взрослых людей с обсессивно-компульсивным расстройством (Carter, Pauls & Leckman, 1995), неизвестно, является ли обсессивно-компульсивное расстройство экстремальным проявлением ритуального поведения, свойственного нормальному развитию, или же это расстройство связано с совершенно другими проблемами (D. W. Evans et al., 1997; D. W. Evans, Gray & Leckman, 1999).

Тревожные расстройства, согласно руководству DSM-IV-TR

Тревожные расстройства в руководстве DSM-IV-TR разделены на девять категорий, которые четко очерчивают разнообразие реакций и способов избежания тревожных ситуаций. Эти девять категорий кратко

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 7.1 Основные характеристики девяти тревожных расстройств по DSM-IV-TR

Тревожное расстройство в связи с разлукой

Не соответствующая возрасту, чрезмерная и негативно воздействующая тревога, связанная с возможной разлукой с родителями или с отъездом из дома.

Генерализованное тревожное расстройство

Хроническое или чрезмерное беспокойство и напряжение; практически постоянное ожидание несчастья, даже при отсутствии очевидных поводов к этому. Беспокойству зачастую сопутствуют соматические симптомы: дрожь, мышечное напряжение, головная боль и тошнота.

Специфическая фобия

Чрезвычайно сильный, оказывающий существенное негативное воздействие страх перед специфическими объектами или ситуациями, которые не представляют собой никакой опасности или же незначительную опасность. Объектами страхов могут являться, например, животные, высота или уколы.

Социофобия

Страх стать объектом пристального внимания или изучения (проверки); страх совершить что-то, что окажется унижительным.

Обсессивно-компульсивное расстройство

Повторяющиеся навязчивые и нежелательные мысли, вызывающие тревогу и зачастую сопровождающиеся ритуальными действиями, направленными на то, чтобы снять эту тревогу.

Паническое расстройство

Характеризуется приступами паники и ощущением ужаса, которые возникают внезапно и неоднократно. Физические симптомы, возникающие при этом расстройстве: боль в груди, сильное сердцебиение, одышка, головокружение и напряжение в животе. Постоянная озабоченность по поводу следующего приступа и его последствий.

Паническое расстройство с агорафобией

Возникающая при паническом расстройстве тревога, связанная с ситуациями, вызывающими затруднения или смущение, или тревога, связанная с нахождением в тех местах, где подверженный расстройству человек оказывается беспомощным в случае приступа паники или появления симптомов, подобных панике. Зачастую панику вызывает нахождение вне дома или в толпе людей.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Постоянные пугающие мысли, возникающие после перенесенного тяжелого и травматичного для психики события.

Острое стрессовое расстройство

Тревога и другие симптомы, формирующиеся после столкновения с чрезвычайным травматическим стрессором; симптомы исчезают в течение 4 недель после столкновения со стрессором.

Источник: Руководство DSM-IV-TR, 2000 by APA.

описаны во врезке 7.1. В следующих разделах мы рассмотрим основные признаки каждого из тревожных расстройств, в том числе их распространенность, особенности протекания и сопутствующие им расстройства. Затем мы разберем ассоциированные характеристики и причины тревожных расстройств, а также методы лечения, используемые при оказании помощи детям, страдающим этими расстройствами.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Тревожные расстройства относятся к группе наиболее распространенных психических заболеваний среди детей и подростков, с которыми связаны многие сопутствующие проблемы. Зачастую тревожные расстройства остаются нераспознанными, а дети и подростки, страдающие этими расстройствами, не получают своевременной необходимой медицинской помощи.

- Тревога является адаптивной эмоцией, которая подготавливает детей к тому, чтобы справиться с потенциально опасными ситуациями. С тревогой связаны сильные негативные эмоции, физическое напряжение и ожидание несчастья или неприятностей в будущем.

- Симптомы тревоги выражаются за счет взаимодействия трех связанных систем реакции: физической системы, когнитивной системы и системы поведения.

- Страх — это ориентированная на настоящее эмоциональная реакция на действительную опасность. Напротив, тревога ориентирована на будущее и характеризуется дурными предчувствиями и ощущением недостатка контроля над предстоящими событиями, которые могут оказаться угрожающими.

- Страхи, тревоги, волнения и ритуальные действия распространены у детей и меняются с возрастом. В зависимости от характеристик они имеют определенные прогнозируемые сценарии развития.

- Руководство DSM-IV-TR выделяет девять тревожных расстройств на основании различий отдельных реакций и способов избегания тревожных ситуаций.

ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО В СВЯЗИ С РАЗЛУКОЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Брэд: «Не оставляйте меня!»

Десятилетний Брэд боится разлуки с родителями. Он не способен играть во дворе, ходить в гости к другим детям или же оставаться дома с няней. Если Брэду приходится расставаться с родителями, он плачет или устраивает истерику. Когда его мать собирается выйти из дома, ему в голову приходят самые тревожные мысли, ему кажется, что может случиться несчастье, и он задает бесконечные вопросы: «А что если с мамой что-нибудь произойдет?» Когда она расстраивается или сердится, Брэд тревожится еще сильнее. Чем больше его охватывает тревога, тем больше он спорит с матерью, и тем сильнее она сердится. Кроме того, Брэд угрожал, что нанесет себе телесные повреждения, если его будут заставлять ходить в школу.

Проблемы Брэда, связанные со страхом разлуки, начались около года назад, когда его отец страдал запоями и часто подолгу не появлялся дома. В течение года состояние Брэда ухудшалось, пока он окончательно не отказался ходить в школу. Родители обращались за помощью, но проблемы Брэда продолжали усугубляться. У него сформировались заметные симптомы депрес-

сии, включая уныние, чувство вины и возникающее время от времени желание умереть (адаптировано из С. G. Last, 1988).

Страх разлуки нужен маленьким детям для выживания и является нормальным явлением в определенном возрасте. Начиная приблизительно с семи месяцев и до 6–7 лет практически все дети беспокоятся, когда их разлучают с родителями или другими людьми, которые близки им. В действительности недостаточное проявление страха разлуки в этом возрасте может быть вызвано слабой привязанностью или иными проблемами. К сожалению, некоторые дети, подобно Брэду, продолжают испытывать страх разлуки, даже выйдя из возраста, в котором это чувство представляет собой типичное и закономерное явление. Если тревожное состояние сохраняется, как минимум, 4 недели и мешает нормальным повседневным делам, например учебе в школе или играм, у ребенка может возникнуть тревожное расстройство в связи с разлукой. Диагностические критерии этого расстройства, согласно Руководству DSM-IV-TR, указаны в табл. 4.7.

У детей, страдающих этим расстройством, возникает не соответствующий их возрасту чрезмерный, мешающий повседневной деятельности страх разлуки со своими родителями или страх оказаться вне дома. Маленькие дети могут переживать неопределенное ощущение тревоги или повторяющиеся ночные кошмары, нереальное содержание которых связано со смертью кого-то из родителей, а также с тем, что их похищают или убивают. У более старших детей могут возникать специфические фантазии, в которых фигурируют болезнь, несчастные случаи, похищение или получение телесных повреждений. Например, одна десятилетняя девочка, страдающая тревожным расстройством в связи с разлукой, боялась, что кто-то проникнет ночью в ее дом, утащит ее в подвал, и оставит там связанной так, что на ее лоб будут медленно падать капли воды.

Маленькие дети с тревожным расстройством в связи с разлукой часто требуют к себе особого внимания со стороны родителей. Они не оставляют их ни на минуту, зеркально повторяют каждое их движение, пытаются забраться ночью в родительскую кровать или укладываются спать прямо перед дверью их спальни. Детям постарше тяжело оставаться в одиночестве даже дома, они не любят засыпать так, чтобы никого не было рядом, им трудно выполнять поручения родителей, когда для этого нужно выйти на улицу, им неприятно ходить в школу, ездить в летний лагерь или оставаться дома с няней.

Дети с тревожным расстройством в связи с разлукой боятся новых ситуаций и могут жаловаться на свое самочувствие. Чтобы избежать разлуки, они могут приставать с пустяками, плакать, стонать или угрожать суицидом, если родители хотят оставить их одних (хотя серьезные попытки суицида редки); при этом может возникать паника, усиленное сердцебиение, головокружение, головные боли, боли в животе и тошнота. Неудивительно, что родители,

особенно матери, бывают очень обеспокоены таким состоянием своих детей. Со временем, подобно Брэду, дети, испытывающие страх разлуки, могут замыкаться в себе, становиться апатичными и депрессивными (Albano, Miller, Zarate, Cote & Barlow, 1997).

Распространенность и сопутствующие расстройства

Тревожное расстройство в связи с разлукой является одним из наиболее распространенных тревожных расстройств в детском возрасте и встречается примерно у каждого десятого ребенка. Похоже, что оно одинаково распространено как среди мальчиков, так и среди девочек, хотя у девочек обнаруживаются некоторые гендерные отличия (Albano et al., 1996; C. G. Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992).

У большинства детей с тревожным расстройством в связи с разлукой наблюдаются и другие тревоги, наиболее часто — генерализованное тревожное расстройство (C. G. Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996).

Примерно у трети детей развивается депрессия в течение нескольких месяцев с момента возникновения тревожного расстройства в связи с разлукой. У них могут возникать специфические страхи: темноты, возможности потеряться. У старших детей с тревожным расстройством в связи с разлукой часто наблюдается также нежелание или отказ посещать школу (Albano et al., 1996; C. G. Last et al., 1992).

Возникновение, течение и последствия

Среди тревожных расстройств, с которыми дети направляются к терапевту, тревожное расстройство в связи с разлукой возникает наиболее рано (в 7–8 лет). Также с ним раньше, чем с другими, обращаются за помощью (в 10–11 лет) (Keller et al., 1992; C. G. Last et al., 1992). Такой ранний возраст возникновения тревожного расстройства в связи с разлукой объясняется ранним возникновением страха разлуки в нормальном развитии (G. Fransis, Last & Strauss, 1987).

Тревожное расстройство в связи с разлукой, как правило, прогрессирует от легких до тяжелых форм. Оно может начаться с безобидных просьб или жалоб, например на беспокойный сон или кошмары, которые затем разрастаются до того, что ребенок каждую ночь спит в кровати своих родителей. Каждое утро, когда нужно идти в школу, может начинаться с жалоб на физическое недомогание и случайных пропусков занятий, что потом превратится в ежедневные вспышки раздражения по поводу школьной учебы и полный отказ от нее. У ребенка может усиливаться беспокойство, связанное с повседневными занятиями родителей, из-за которых они периодически отсутствуют дома (Albano et al., 1996).

Тревожное расстройство в связи с разлукой может проявляться постепенно или возникать внезап-

Таблица 7.4

Основные диагностические критерии тревожного расстройства в связи с разлукой в детском возрасте, согласно Руководству DSM-IV-TR

Не соответствующая развитию чрезмерная тревога, связанная с нахождением вне дома или со страхом разлуки со своими родителями или с теми людьми, к которым привязан ребенок, определяющаяся тремя (или более) из следующих симптомами:

- (1) Повторяющееся чрезмерное беспокойство, когда происходит или ожидается выход из дома или разлука с людьми, к которым ребенок испытывает сильную привязанность.
- (2) Устойчивое и чрезмерное беспокойство по поводу возможной потери людей, к которым ребенок испытывает сильную привязанность, или по поводу возможности несчастного случая с ними.
- (3) Устойчивое и чрезмерное беспокойство о том, что неблагоприятное событие может привести к разлуке с людьми, к которым ребенок испытывает сильную привязанность (например, возможность потеряться или быть похищенным).
- (4) Постоянное нежелание или отказ идти в школу или выходить куда-либо из дома, вызванные страхом разлуки.
- (5) Устойчивый и чрезмерный страх одиночества или отказ оставаться в одиночестве дома или в других местах в отсутствие людей, к которым ребенок испытывает сильную привязанность, или в отсутствие хорошо знакомых людей.
- (6) Постоянное нежелание или отказ укладываться спать, если рядом нет людей, к которым ребенок испытывает сильную привязанность.
- (7) Повторяющиеся ночные кошмары, включающие сцены разлуки.
- (8) Повторяющиеся жалобы на недомогание (например на головную боль, боль в животе), а также появление тошноты или рвоты, когда происходит или ожидается разлука с людьми, к которым ребенок испытывает сильную привязанность.

Источник: DSM-IV-TR copyright © APA.

но. Зачастую тревожное расстройство в связи с разлукой возникает после сильного стресса, пережитого ребенком, например, стресса, вызванного сменой места жительства или школы, смертью или болезнью в семье или длительным отсутствием одного из родителей. У Брэда оно сформировалось после того, как его отец пристрастился к алкоголю и впоследствии ушел из дома. Симптомы тревожного расстройства в связи с разлукой также могут колебаться со временем, обостряясь при стрессах, испытываемых ребенком, и при серьезных изменениях в его жизни.

Хотя дети с тревожным расстройством в связи с разлукой могут терять друзей в результате постоянных отказов выходить из дома, они обладают достаточными навыками социального взаимодействия, нормально общаются с другими людьми и не испытывают плохого отношения со стороны сверстников. Однако их школьная успеваемость может сильно страдать из-за частых пропусков занятий. Ребенку могут требоваться специальные задания, чтобы он хотя бы не отставал от своего класса, и, в крайнем случае, он может остаться на второй год или получить приказ от школьной администрации об обязательном посещении занятий (Albano et al., 1996).

Поскольку нежелание или отказ посещать уроки довольно распространены у детей с тревожным расстройством в связи с разлукой, будет уместно обсудить эти проблемы. Но при этом важно помнить, что нежелание или отказ посещать школу могут возникать по многим причинам, а не только по причине тревожного расстройства в связи с разлукой. Также мы рассмотрим тревожность, связанную с прохождением тестов и сдачей экзаменов. Тестовая тревожность часто встречается у детей и подростков, но ее характеристики плохо соответствуют диагностическим критериям тревожных расстройств DSM.

Нежелание или отказ посещать школьные занятия

Эрик: «Не хочу идти в школу»

Состояние двенадцатилетнего Эрика вызвало беспокойство у его родителей. Мальчик упорно отказывался посещать занятия, и школьный психолог направил его на обследование по поводу возникших негативных симптомов. После того как в седьмом классе Эрик перешел в новую школу, им овладела тревожность, он загрустил, появились жалобы на плохое самочувствие и обнаружилась гипервентиляция*. Поначалу Эрик посещал новую школу, но к середине сентября каждое утро, когда надо было идти учить-

ся, он начинал жаловаться на сильные головные боли. Мальчик стал пропускать занятия, а к концу сентября его отвращение к школе усилилось настолько, что он почти перестал ходить на уроки. После нескольких бесед с Эриком и его родителями школьная администрация позволила ему перейти на постоянное домашнее обучение (адаптировано из Kearney, 1995).

Хотя для большинства детей первые школьные уроки являются волнующими и радостными, впоследствии у многих возникает нежелание ходить в школу, а у некоторых школа вызывает настолько сильный страх и тревогу, что они вовсе отказываются посещать ее. Эти дети могут притворяться больными, позволить незначительному ухудшению самочувствия задержать их дома или по-настоящему заболеть. Отказ ходить на занятия или уходы с уроков формируют **поведенческий паттерн отказа от посещения школы**. Он возникает у тех, кто с утра отказывается идти в школу, но приходит на последние уроки, у тех, кто с утра идет в школу, но уходит из нее, не дожидаясь конца учебного дня, у тех, кто идет в школу с таким ужасом, что потом умоляет о разрешении остаться дома, и у тех, кто не приходит в школу в течение всего дня (Kearney, 1995, 2000). Отказ от посещения школы встречается в равной степени у мальчиков и у девочек и обычно возникает в возрасте от 5 до 11 лет. Чрезмерный и беспричинный страх перед школой обычно появляется в дошкольном возрасте, в детском саду или в первом классе и достигает своего пика во втором классе. Тем не менее поведенческий паттерн отказа от посещения школы может возникнуть в любое время и сформироваться в более позднем возрасте, как это произошло с Эриком. Дети, отказывающиеся посещать школу, могут жаловаться на головные боли, расстройство желудка или на боль в горле как раз в тот момент, когда нужно отправляться на занятия. Получив разрешение остаться дома, они «начинают чувствовать себя лучше», однако это «улучшение» длится лишь до следующего утра и «проходит», когда наступает время школьных занятий. Чтобы не ходить в школу, ребенок может умолять, плакать и отказываться покидать дом, и даже проявлять симптомы паники. Поведенческий паттерн отказа от посещения школы зачастую формируется вслед за тем периодом, когда ребенок находился дома и проводил с родителями больше времени, чем обычно (например, после непродолжительной болезни, праздников или летних каникул). В других случаях отказ от посещения школы может следовать за стрессовым событием, например: сменой школы (как это произошло с Эриком), несчастным случаем или смертью близкого человека или любимого домашнего животного.

У многих детей страх перед школой действительно представляет собой тревожное расстройство в связи с разлукой. Однако нежелание или отказ посещать школу могут возникать по многим иным причинам. Большинство детей, отказывающихся

* Гипервентиляция — увеличенная по отношению к метаболической продукции двуокси углерода альвеолярная вентиляция, при которой альвеолярное давление двуокси углерода имеет тенденцию к снижению ниже нормального. — *Примеч. ред.*

посещать школу, имеют средний или выше среднего уровень интеллектуального развития. Поэтому можно предположить, что вовсе не низкая успеваемость является причиной отказа посещать школу. Иногда страх перед школой может быть вызван необходимостью подчиняться учителям и школьным правилам, отличающимся от домашних, что непривычно для ребенка, или же опасениями оказаться в окружении незнакомых детей, которые отнесутся к новичку неблагоприятно. Некоторые дети испытывают страх перед школой, боясь насмешек, поддразнивания, издевательства со стороны других детей или замечаний и строгого отношения к себе со стороны учителя. В других случаях, особенно при переходе в новую школу, отказ посещать занятия вызван иррациональным или преувеличенным страхом оказаться отверженным сверстниками либо смущением, которое возникает при ответе в классе или во время переодования в присутствии незнакомых еще одноклассников. Эрик, например, чрезвычайно боялся встречи с новыми одноклассниками и учителями, его очень тревожили перемены, когда нужно было переходить из одной аудитории в другую, необходимость устных ответов на некоторых занятиях и уроки физкультуры. Он отказывался посещать школу прежде всего потому, что боялся негативной социальной оценки, и в меньшей степени потому, что хотел привлечь к себе внимание родителей (Kearney & Silverman, 1993, 1996). Дети, у которых сформировались поведенческие паттерны отказа от посещения школы, нуждаются в медицинской помощи. В противном случае могут возникать негативные длительные последствия. В результате пропуска занятий начинает заметно ухудшаться успеваемость и существенно нарушается социальное взаимодействие со сверстниками. Лечение таких детей обычно направлено на то, чтобы ребенок как можно быстрее возобновил школьные занятия и свою обычную деятельность (Chorpita, Albano, Heimberg & Barlow, 1996; G. Last, Hansen & Franco, 1998). Кроме того, при лечении необходимо учитывать причины, по которым сформировались поведенческие паттерны отказа от посещения школы, и то, какие специфические функции эти паттерны выполняют (J. G. Elliot, 1999, Kearney & Silverman, 1995). В лечении с некоторым успехом применяются методы когнитивной бихевиоральной терапии отдельно или в сочетании с медикаментозными методами с использованием антидепрессантов (Bernstein et al., 2000; King, Tonge, Heyne & Ollendick, 2000).

Тестовая тревожность. Большинство из нас в той или иной степени испытывало тревогу во время сдачи экзаменов и прохождении тестов. Представьте себе, что вы делаете важную экзаменационную работу и выполнили ее лишь наполовину, и в этот момент другая студентка встает, уверенно идет к комиссии и вручает ей свои бумаги. Как вы отреагируете? Вы можете подумать: «Она попросту не могла написать правильные ответы на эти вопросы так быстро», и продолжаете писать свою работу. Если вы реагируете таким образом, вероятно, у вас

нет тестовой тревожности. Однако вы можете подумать: «О, нет. Она уже все сделала, а я только начал. Должно быть, я просто тупица, если так долго сижу над этим. Я не уложусь в отпущенное время». Вы можете так сильно разволноваться, что ваше сердце начнет биться быстрее, руки повлажнеют, а мысли спутаются. В таком состоянии очень трудно думать, а тем более — продолжать выполнять задание. Если вы реагируете таким образом, вы, должно быть, страдаете тестовой тревожностью. **Тестовая тревожность** — это сильные переживания, связанные с появлением ярко выраженных соматических, когнитивных и поведенческих симптомов тревоги в ситуациях прохождения теста, что обычно сказывается на его результатах.

Тестовая тревожность является распространенной проблемой, с которой сталкивается около 50% детей и подростков (N. J. King, Ollendick & Gullone, 1991b). Поскольку тестовая тревожность, как правило, отражается на результатах теста, неудивительно, что академическая успеваемость детей с тестовой тревожностью значительно ниже, чем успеваемость их одноклассников, не имеющих этой проблемы. К тому же дети с тестовой тревожностью считают, что они некомпетентны в когнитивной и социальной сферах. Они имеют низкую самооценку, значительно чаще, чем другие дети, волнуются, и в некоторых случаях испытывают тревожность, не связанную с прохождением тестов и сдачей экзаменов (Beidel & Turner, 1988; B. G. Turner, Beidel, Hughes & Turner, 1993).

Дети и подростки с тестовой тревожностью часто сообщают о страхе быть негативно оцененным во время прохождения теста (например: «Мой учитель подумает, что я тупой»). У многих детей этот страх не ограничивается ситуацией теста и возникает при обстоятельствах, которые не связаны с обучением. Например, около половины детей с тестовой тревожностью также страдают генерализованным тревожным расстройством или социофобией. Это позволяет предположить, что многие испытывают общий страх критической оценки. В более редких случаях тестовая тревожность может отражать специфическую фобию, возникающую при прохождении тестов, или быть связана со страхом разлуки с родителями. Таким образом, хотя тестовая тревожность не является расстройством, входящим в Руководство DSM, многие дети, у которых она обнаруживается, имеют симптомы тревожных расстройств, определенных Руководством DSM. Однако, поскольку значительноному числу таких детей невозможно поставить диагноз какого-либо расстройства, определенного Руководством DSM, тестовая тревожность, видимо, является сложной проблемой, имеющей различные причины и последствия (Beidel & Turner, 1988). Для того чтобы помочь детям справиться с тестовой тревожностью, используются комбинации различных подходов, включая систематическую десенсибилизацию (восстановление нормального психического состояния и душевного равновесия), когнитивную реструктуризацию и обучающие методы, такие как тренинг учебных навыков и модели-

рование тестовых ситуаций (Beidel & Turner & Taylor-Ferreira, 1999).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Дети, страдающие тревожным расстройством в связи с разлукой, испытывают не соответствующую их возрасту, оказывающую негативное воздействие на поведение чрезмерную тревогу, связанную с возможностью разлуки со своими родителями или с нахождением вне дома.
- Тревожное расстройство в связи с разлукой является наиболее распространенным тревожным расстройством в детском возрасте и возникает у 10% детей. Среди тревожных расстройств, с которыми дети направляются к терапевту, тревожное расстройство в связи с разлукой возникает наиболее рано. Также по поводу этого расстройства чаще, чем по поводу других расстройств, обращаются за медицинской помощью.
- Отказ ходить на занятия или уходы с уроков формируют поведенческий паттерн отказа от посещения школы.
- Тестовая тревожность — это сильные переживания, связанные с появлением ярко выраженных соматических, когнитивных и поведенческих симптомов тревоги в ситуациях прохождения теста, что обычно сказывается на его результатах.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО

Алеша: Постоянно ожидает неприятностей

Десятилетняя Алеша была направлена к терапевту после того, как у нее обнаружилась чрезмерная тревожность и стали возникать постоянные беспокойства и жалобы на плохое самочувствие. Ее мама говорит, что девочка испытывает тревожность из-за любого пустяка. Сама Алеша признается, что ее беспокоит практически все, но особенно то, что она может быть недостаточно хорошей дочкой, что над ней могут смеяться другие дети, что она может получить плохую оценку в школе, делать ошибки, и что может произойти несчастный случай, в котором пострадает она или ее родители. Целыми днями Алеша обдумывает уже произошедшее, например, то, что она вчера сказала в классе, или то, как она выполнила тест на прошлой неделе. Она говорит, что если только начинает беспокоиться, то уже не может остановиться, как бы ни старалась.

Алеша сообщает, что когда она беспокоится о произошедшем, надвигающемся или воображаемом событии, у нее начинается головная боль, боль в животе и сильное сердцебиение. Ее мать, которая очень встревожена состоянием дочери, говорит, что Алеша чрезвычайно критично относится к себе и нуждается в постоянном одобрении.

Время от времени возникающее беспокойство характерно для нормального развития. Однако дети с **генерализованным тревожным расстройством**, как Алеша, испытывают постоянную, чрезмерную и неконтролируемую тревогу и беспокойство почти по любому поводу. Они беспокоятся даже тогда, когда нет никаких причин для волнения. Состояние чрезмерного беспокойства, сопровождающееся эмоциональным и физическим напряжением, возникающее без объективных причин, вызывающих подобную реакцию, принято называть **тревожным ожиданием**. У детей с генерализованным тревожным расстройством беспокойство может быть эпизодическим или практически постоянным. Зачастую беспокоящийся не способен расслабиться, у него появляются негативные физические симптомы, такие как мышечное напряжение, головная боль или тошнота. Кроме того, может возникать раздражительность, пониженный тонус, бессонница или беспокойный сон. Диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства, согласно Руководству DSM, перечислены в табл. 7.5.

При других тревожных расстройствах состояние тревоги связано со специфическими ситуациями или объектами, например: со страхом разлуки с родителями, с волнением перед публичным выступлением, с боязнью некоторых животных или насекомых, с возникающими неприятными или болезненными телесными ощущениями. Напротив, тревога, которую испытывают дети с генерализованным тревожным расстройством, является многонаправленной, общей и связана с разнообразными событиями повседневной жизни. Считалось, что дети с генерализованным тревожным расстройством не фокусируют свою тревогу на определенном событии или объекте, а испытывают смутную, неопределенную, так называемую «свободно плавающую» тревогу («free-floating anxiety»). Но в действительности такие дети фокусируют внимание на многих различных вещах. Следовательно, термин **генерализованная тревога** более точен.

Дети с генерализованным тревожным расстройством склонны выискивать любые пугающие события в книге, фильме или в новостях, фиксировать на них свое внимание и связывать их с собственной жизнью. Если они видят телевизионный репортаж о дорожно-транспортном происшествии, то беспокоятся о том, что сами могут попасть в подобное дорожно-транспортное происшествие. Они всегда ожидают наихудшего исхода и недоценивают свою способность справляться с трудными ситуациями. Они, кажется, не осознают того, что события, о которых они беспо-

Основные диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства, согласно Руководству DSM-IV-TR

- A.** Чрезмерная тревога и беспокойство (тревожное ожидание) по поводу разнообразных событий и собственной деятельности (например работы или школьной успеваемости), возникающие почти постоянно (большую часть времени) на протяжении, по крайней мере, 6 месяцев.
- B.** Беспокойство не контролируется или с трудом поддается контролю.
- C.** Тревога и беспокойство связаны с тремя (или более) из следующих шести симптомов; при этом, по крайней мере, некоторые симптомы наблюдаются почти постоянно (большую часть времени) в течение последних 6 месяцев.

Примечание: для постановки диагноза ребенку достаточно одного симптома.

- (1) Беспокойное, возбужденное или нервное состояние.
- (2) Быстрая утомляемость.
- (3) Трудности с концентрацией внимания или провалы в памяти.
- (4) Раздражительность.
- (5) Мышечное напряжение.
- (6) Нарушение сна (трудности с засыпанием или неглубокий, беспокойный и недостаточный сон).

Источник: DSM-IV-TR copyright © APA.

коятся, случаются крайне редко. (W. K. Silverman et al., 1995). Таким образом, ход их мыслей зачастую состоит из цепочек вопросов «А что, если?»: «А что, если школьный автобус разобьется?», «А что, если я им не понравлюсь?», «А что, если в меня ударит молния?» Дети с генерализованным тревожным расстройством не ограничивают свое беспокойство пугающими или катастрофическими событиями; они также чрезмерно волнуются по поводу незначительных повседневных мелочей, например, какую одежду надеть на себя или что посмотреть по телевизору. Это общее беспокойство по поводу *незначительных* событий отличает детей с генерализованным тревожным расстройством от тех детей, которые страдают другими тревожными расстройствами.

Подобно Алеше, дети с генерализованным тревожным расстройством зачастую очень застенчивы, не уверены в себе и очень обеспокоены тем, какое впечатление они производят на других людей. Их беспокойство может приводить к значительным межличностным проблемам и вызывать трудности в их воспитании и обучении. Дети с генерализованным тревожным расстройством постоянно ждут одобрения и поддержки от взрослых и боятся людей, которых они воспринимают как неприятных, критичных или несправедливых. Они имеют склонность предъявлять к себе завышенные требования, и когда у них что-то не получается, во всем обвиняют себя. Более того, они продолжают беспокоиться даже тогда, когда факты противоречат их опасениям. Например, ребенок с генерализованным тревожным расстройством, получавший высшие оценки на экзаменах во всех предыдущих классах, может беспокоиться о том, что провалится на следующем экзамене (Albano et al., 1996; W. K. Silverman & Ginsburg, 1995).

Кажется, что дети с генерализованным тревожным расстройством не могут избавиться от своего беспо-

койства, несмотря на то, что понимают, какими несчастными делают они себя и других. Эта особенность отличает их от других детей. Не имеющий этого расстройства ребенок, волнующийся, например, по поводу своего выступления на предстоящем спортивном соревновании, все равно может сосредоточиться на других задачах и прекратит беспокоиться, когда соревнование закончится. Однако у детей с генерализованным тревожным расстройством один «кризис» следует за другим, образуя бесконечный замкнутый круг. Неспособность контролировать беспокойство является важной клинической чертой генерализованного тревожного расстройства (Chorpita et al., 1997).

Для диагностики генерализованного тревожного расстройства у детей требуется проявление, по крайней мере, одного соматического симптома. На самом деле при постановке диагноза генерализованного тревожного расстройства часто учитываются жалобы ребенка на плохое самочувствие, в которых на первом месте оказываются жалобы на мышечное напряжение и возбуждение, а не на характерные для некоторых других тревожных расстройств усиленное сердцебиение и потоотделение. Чаще всего жалуются на головную боль, боль в животе, мышечное напряжение и дрожь (Eisen & Engler, 1995; C. G. Last, 1991).

Хроническое беспокойство может выполнять функцию когнитивного избегания, тормозящего обработку эмоциональной информации (T. D. Borkovec, Ray & Stoeber, 1998). Дети с генерализованным тревожным расстройством в основном заняты размышлением над будущими проблемами, поэтому у них могут не возникать мысленные образы угрозы, вызывающие сильные негативные эмоции и вегетативную активность. Хотя они не испытывают многих неприятных ощущений, сопровождающих негативные мыслительные образы, у них нет возможности реально оценить свои проблемы и найти их решение. У детей с генерализованным тревожным расстройством хро-

ническое беспокойство может так же препятствовать нормальному развитию, как поведенческое избежание у детей со специфическими фобиями (Т. М. Borkovec, 1994; Т. М. Borkovec & Inz, 1990).

Распространенность и сопутствующие расстройства

Как и тревожное расстройство в связи со страхом разлуки, генерализованное тревожное расстройство является одним из наиболее распространенных тревожных расстройств и встречается у 3–6% детей (Albano et al., 1996). В основном это расстройство в равной степени распространено как среди мальчиков, так и среди девочек, возможно, с незначительным увеличением распространенности у старших девочек-подростков (С. С. Strauss, Lease, Last & Francis, 1988). Дети с генерализованным тревожным расстройством подвержены высокому риску заболевания другими тревожными расстройствами и депрессией. У младших детей чаще встречается сочетание генерализованного тревожного расстройства и синдрома гиперактивности и дефицита внимания; у старших детей с генерализованным тревожным расстройством имеется тенденция к развитию сопутствующих специфических фобий и тяжелого депрессивного расстройства, формируется низкая самооценка, наблюдается ухудшение социальной адаптации и возникает повышенный риск суицида (Keller et al., 1992; С. С. Strauss, Last, Hersen & Kazdin, 1988).

Около половины детей, направленных на лечение по поводу тревожных расстройств, страдает генерализованным тревожным расстройством. Этот показатель выше, чем у взрослых, однако взрослые чаще страдают генерализованным тревожным расстройством, но реже обращаются за помощью. Возможно также то, что детей чаще, чем взрослых, направляют на лечение по поводу сопутствующих расстройств и нарушений, таких как депрессия или суицидные наклонности (Keller et al., 1992). Может быть, чрезмерное беспокойство рассматривается как явление, которое вполне закономерно для жизни взрослого че-



Дети с генерализованным тревожным расстройством испытывают беспокойство почти по любому поводу.

ловека, и поэтому не требует лечения. С другой стороны, взрослые обладают большим контролем над своей жизнью; у них больше возможностей справиться с вызывающими тревогу ситуациями, чем у детей, которые должны посещать школу, хотя бы они того или нет (Albano et al., 1996).

Возникновение, течение и последствия генерализованного тревожного расстройства

По данным статистики, генерализованное тревожное расстройство чаще всего возникает у детей в возрасте 10–14 лет (Albano et al., 1996). У подростков наблюдается более широкий спектр характерных симптомов, более интенсивная тревожность и более тяжелые депрессии, чем у младших детей, но с возрастом эти симптомы могут ослабевать (С. С. Strauss, Last et al., 1988). В среднем, у подростков с генерализованным тревожным расстройством вероятность сохранения этого заболевания в будущем тем выше, чем тяжелее наблюдаемые симптомы (Р. Cohen, Cohen & Brook, 1993). Примерно в половине тяжелых случаев симптомы расстройства наблюдались через 2 года после постановки диагноза; это дает возможность предположить, что *тяжелые* симптомы генерализованной тревоги сохраняются со временем даже у тех детей, которые не направлялись на лечение.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Дети с генерализованным тревожным расстройством испытывают хроническое или чрезмерное беспокойство и эмоциональное напряжение, которым зачастую сопутствуют физические симптомы.
- У детей с генерализованным тревожным расстройством беспокойство может так же препятствовать нормальному развитию, как препятствует ему поведенческое избежание у детей со специфическими фобиями.
- Генерализованное тревожное расстройство является одним из наиболее распространенных детских расстройств и возникает у 3–6% всех детей, чаще всего в возрасте 10–14 лет.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ФОБИЯ

Шарлотта: Арахнофобия*

Восьмилетняя Шарлотта в течение двух лет жалуется на то, что очень боится пауков. «Пауки

* Арахнофобия от др.-греч. *арахнэ* — паук. — Примеч. ред.

отвратительны, — говорит она. — Я до смерти пугаюсь, когда по мне ползет паук, особенно когда просыпаюсь от этого. Если я вижу паука, даже самого маленького, мое сердце стучит, руки становятся холодными и влажными, и я начинаю трястись». Мать Шарлотты говорит, что ее дочь становится мертвенно бледной, когда видит паука даже на расстоянии, и старается избежать любой ситуации, в которой, как ей кажется, она может встретиться с ним. Страх Шарлотты начал мешать ее повседневным делам. Например, она не желает играть во дворе и отказывается выезжать за город с классом или семьей, потому что там она может увидеть паука. Она боится идти вечером спать, поскольку опасается, что во сне по ней может ползать паук.

Как мы говорили, у многих детей встречаются специфические страхи, которые практически не мешают их деятельности, возникая и быстро развиваясь до десятилетнего возраста и лишь изредка требуя терапевтического вмешательства. Если страх ребенка возникает в несоответствующем возрасте, является иррациональным или чрезмерным, ведет к избеганию объекта или события и вызывает нарушения повседневной жизни, он называется **фобией**. Подобно Шарлотте, дети со **специфическими фобиями** испытывают сильный страх, связанный с определенными объектами или ситуациями, по крайней мере, в течение шести месяцев. Диагностические критерии Руководства DSM-IV-TR для специфической фобии указаны в табл. 7.6.

У детей со специфическими фобиями наблюдается чрезмерный, патологический страх перед чем-либо, что представляет собой ничтожную угрозу или опасность, или же вообще не представляет какой-либо угрозы или опасности. Дети с подобным расстройством прилагают большие усилия, чтобы избежать пугающих объектов или ситуаций. Как и Шарлотта, они испытывают тревожное предчувствие, опасаясь столкнуться с объектом своего страха, а

при столкновении с ним их охватывает ужас, у них возникает физиологическое возбуждение и реакция избегания.

Дети убеждены, что пугающий их стимул грозит им серьезной опасностью. Как правило, попытки взрослых разуверить их в этом оказываются безрезультатны. В отличие от большинства взрослых, страдающих специфическими фобиями, дети зачастую не понимают, что их страхи чрезмерны и необоснованны. Если встречи с объектом страха происходят очень редко, фобия может не привести к серьезным нарушениям. Однако, если столкновения с ним часты или страх оказывает сильное влияние на поведение, фобия ребенка может перерасти в серьезную проблему (Albano et al., 1996).

Дети со специфическими фобиями часто считают, что с ними произойдет нечто ужасное, если они встретятся с объектом своего страха. Их мысли обычно концентрируются на возможной угрозе собственной безопасности, например, им кажется, что их ужалит насекомое или в них ударит молния. Тревожное предчувствие также возникает довольно часто. Например, ребенок, испытывающий непреодолимый страх перед собаками, может думать: «Что если большая собака сорвется с цепи, когда я буду идти в школу, набросится на меня и покусает мое лицо?» Такие волнения причиняют сильные страдания и существенно мешают повседневной деятельности. Дети постоянно сохраняют бдительность по отношению к пугающим стимулам и, как в случае Шарлотты, прилагают большие усилия, чтобы избежать контакта с ними (Albano et al., 1996).

Список фобий, которые могут возникнуть у детей и подростков, кажется неограниченным и включает в себя страхи перед телефонами, водой, менструацией, газетами, математикой, стрижкой, дефекацией и так далее. Хотя фобия может быть связана с определенным объектом, ситуацией или событием практически на любую букву алфавита от А до Я, у детей некоторые страхи встречаются значительно чаще, чем другие, например, очень распространен-

Таблица 7.6

Основные диагностические критерии специфической фобии, согласно Руководству DSM-IV-TR

-
- A.** Ярко выраженный, устойчивый чрезмерный или неоправданный страх, возникающий в результате столкновения или предчувствия столкновения со специфическим объектом или ситуацией (например: полет в самолете, высота, прививка, вид крови).
- B.** Столкновение с пугающим стимулом практически постоянно вызывает немедленную реакцию тревоги, которая выражается в приступах паники, возникающих до или во время ситуации столкновения.
Примечание: У детей тревога может выражаться в плаче, капризах, застывании на месте, или тревога может заставлять их искать защиты у взрослых.
- C.** Человек осознает, что его страх чрезмерен или необоснован.
Примечание: У детей эта особенность может отсутствовать.
- D.** Происходит избегание фобической(ких) ситуации(ий), если же она возникает, то приводит к сильной тревоге или страданию.
-

ной является боязнь змей — офиофобия (от др.-греч. *офиос*, змея). Согласно эволюционной теории, в результате естественного отбора, младенцы обладают биологической предрасположенностью к приобретению одних определенных страхов, а не других (М. Е. Р. Seligman, 1971). Большая часть детских фобий связана с естественными опасностями и пугающими стимулами, которые преследовали человечество на всем пути его развития. К ним относятся: змеи, темнота, хищники, высота, кровь, громкие звуки и незнакомые места. Подобные страхи адаптивны в эволюционном плане, поскольку увеличивают чуткость человека к возможным источникам опасности, тем самым повышая вероятность его выживания. Не случайно, что наиболее распространенными фобиями у детей являются боязнь животных, особенно собак, змей, насекомых и мышей (Essau, Conradt & Peterman, 2000). Хотя эволюционная теория объясняет предрасположенность к некоторым фобиям, она не объясняет, отчего дети по-разному подвержены страхам и отчего у некоторых детей тревога становится патологической.

Согласно Руководству DSM, специфические фобии делятся на пять подтипов в зависимости от фокуса фобической реакции и способов избегания. Эти подтипы и фокус страха для каждого из них перечислены ниже:

- *Связанные с животными.* Животные или насекомые.
- *Связанные с природной средой.* Объекты природной среды, такие как высота, темнота, гроза или вода.
- *Связанные с кровью, инъекциями, травмами.* Вид крови или травма; уколы или иные процедуры медицинского вмешательства.
- *Ситуативные.* Специфические ситуации, например: полет в самолете, поездка на эскалаторе, прохождение по туннелям или мостам, вождение автомобиля или нахождение в закрытом помещении.
- *Другие.* Фобическое избегание громких звуков или костюмированных персонажей либо ситуаций, которые могут привести к удушью, рвоте или заболеванию.

(DSM-IV-TR copyright © APA.)

Распространенность и сопутствующие расстройства

Около 2–4% детей переживают специфические фобии в какой-то период своей жизни (Essau et al., 2000). Результаты некоторых исследований говорят о значительно большей распространенности фобий (Muris & Merckelbach, 2000). Однако лишь очень небольшому проценту этих детей оказывается медицинская помощь. Это позволяет сделать предположение о том, что большинство родителей не считает специфические фобии серьезным расстройством. Специфические фобии, особенно чрезмерный страх, возникающий при виде крови, как правило, более распространены у девочек, чем у мальчиков (Essau et al., 2000). Чаще всего

специфической фобии сопутствует какое-либо одно из тревожных расстройств. Хотя при специфических фобиях довольно часто возникают сопутствующие расстройства, однако для других тревожных расстройств показатель частоты возникновения сопутствующих заболеваний несколько выше, чем для специфических фобий (С. С. Strauss & Last).

Возникновение, течение и последствия специфических фобий

Фобии, связанные с животными, темнотой, насекомыми, кровью и травмами, обычно возникают в возрасте 7–9 лет, что делает их похожими на страхи, характерные для нормального развития. Однако клинические фобии имеют тенденцию сохраняться гораздо более продолжительное время, чем нормальные страхи, хотя и те, и другие со временем ослабевают. Специфические фобии могут сформироваться в любом возрасте, но чаще всего возникают у детей в возрасте от 10 до 13 лет (С. С. Strauss & Last, 1993).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- У детей со специфическими фобиями наблюдается чрезмерный, патологический страх перед чем-либо, что представляет собой незначительную угрозу или опасность, или же вообще не представляет угрозы или опасности.
- Согласно эволюционной теории, младенцы обладают биологической предрасположенностью к приобретению определенных страхов, увеличивающих их чуткость к источникам возможной опасности. Вероятно, поэтому наиболее распространенными фобиями у детей являются страх перед животными, например: собаками, змеями и насекомыми.
- Согласно Руководству DSM, специфические фобии делятся на пять подтипов в зависимости от фокуса фобической реакции и способов избегания: это фобии, связанные с животными, природной средой, кровью, инъекциями и травмами, ситуативные фобии и другие.
- Около 2–4% детей страдают специфическими фобиями, однако лишь немногим из них оказывается терапевтическая помощь. Специфические фобии могут возникнуть в любом возрасте, но чаще формируются у детей в возрасте от 10 до 13 лет.

СОЦИОФОБИЯ (СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОГА)

- Данте боится пользоваться телефоном. Он утверждает, что не знает, как правильно вести бесе-

ду по телефону, а долгие паузы, которые возникают у него во время телефонных разговоров, приводят его в замешательство.

- Джин очень смущается пользоваться общественным туалетом.
- Хэзел приходит в ужас, когда ей надо отвечать в присутствии всего класса — она боится опозориться.

Каждый из этих подростков испытывает социофобию (социальную тревогу) — ярко выраженный и устойчивый страх оказаться в центре пристального внимания, обнаружить свою социальную некомпетентность, сделать что-нибудь «не так» и впасть в замешательство в присутствии других людей. Дети, страдающие социофобией, делают все возможное, чтобы избежать подобных ситуаций или преодолеть их с большим усилием, надевая маску бесстрашия. Давно миновав возраст, в котором страх перед незнакомыми людьми считается нормальным, дети с социофобиями продолжают избегать незнакомых им людей. Оказываясь в компании старших детей или взрослых, они могут краснеть, замолкать, цепляться за родителей или пытаться спрятаться. Диагностические критерии социофобии, согласно Руководству DSM, перечислены в табл. 7.7.

Кроме того, что они испытывают чрезмерную тревогу в социальных ситуациях, которые вызывают волнения у большинства людей (например публичное выступление), подростки с социофобиями могут сильно тревожиться по незначительным поводам: они боятся оказаться неловкими и смущаются, передавая учителю тетрадку с выполненным домашним заданием, застегивая свое пальто на виду у других или заказывая биг-мак и картофель-фри в Макдональдсе. Наиболее часто их беспокоит необходимость

выполнения какого-либо действия или задания на виду у других людей. Они боятся, что во время ответа в классе начнут запинаться; что заданный ими вопрос прозвучит глупо; что во время еды в присутствии других людей могут разлить чай или опрокинуть тарелку; что входя в комнату, могут споткнуться и показаться неуклюжими. Неудивительно, что их тревога особенно сильна в тех ситуациях, когда они находятся в обществе авторитетных людей или сверстников с высоким социальным статусом (Vasey, 1995).

Подростки с социофобиями, как правило, более эмоциональны, более грустны, одиноки и замкнуты, чем другие дети. Они часто сталкиваются с неприятными социальными ситуациями, с которыми не способны эффективно справиться, отчасти из-за недостатка навыков социального взаимодействия (Beidel, Turner & Morris, 1999). Эти дети хотят нравиться другим людям. Однако их боязнь совершать действия, которые могут вызвать осуждение, так сильна и глубока, что зачастую ведет к одиночеству и страданиям, поскольку мешает детям налаживать взаимоотношения, к которым они так стремятся (G. S. Ginsburg, LaGreca & Silverman, 1998; La Greca & Lopez, 1998).

Если детям с социофобией навязывают пугающую их социальную ситуацию, они могут плакать, капризничать, застыть на месте или выражать свое неприятие в других формах. В наиболее тяжелых случаях у таких детей развивается **генерализованная социофобия**. Их страшит большинство социальных ситуаций, они боятся встречаться или разговаривать с незнакомыми людьми, избегают контактов со всеми, кроме членов своей семьи, им чрезвычайно тяжело посещать школу, участвовать в активном отдыхе и вообще усваивать навыки социального взаимодействия (Hofmann et al., 1999).

Таблица 7.7

Основные диагностические критерии социофобии, согласно Руководству DSM-IV-TR

A. Ярко выраженный, устойчивый страх, связанный с одной или несколькими социальными ситуациями или с одним или несколькими видами деятельности, в которых человек сталкивается с незнакомыми людьми или возможной оценкой со стороны других. Человек чрезвычайно опасается того, что предпринятые им действия (или проявления симптомов тревоги) опозорят его или приведут в замешательство.

Примечание: При постановке диагноза детям необходимо убедиться в том, что ребенок имеет возможность установления приемлемых для его возраста социальных связей со знакомыми людьми. Кроме того, тревога у детей должна возникать не только при взаимодействии со взрослыми, но и в обществе сверстников.

B. Столкновение с пугающей социальной ситуацией практически постоянно вызывает тревогу, которая может выражаться в приступах паники, наступающих до или во время столкновения с пугающей ситуацией.

Примечание: У детей тревога может выражаться в плаче, капризах, застывании на месте или в уклонении от социального взаимодействия с незнакомыми людьми.

C. Человек осознает, что его страх чрезмерен или необоснован.

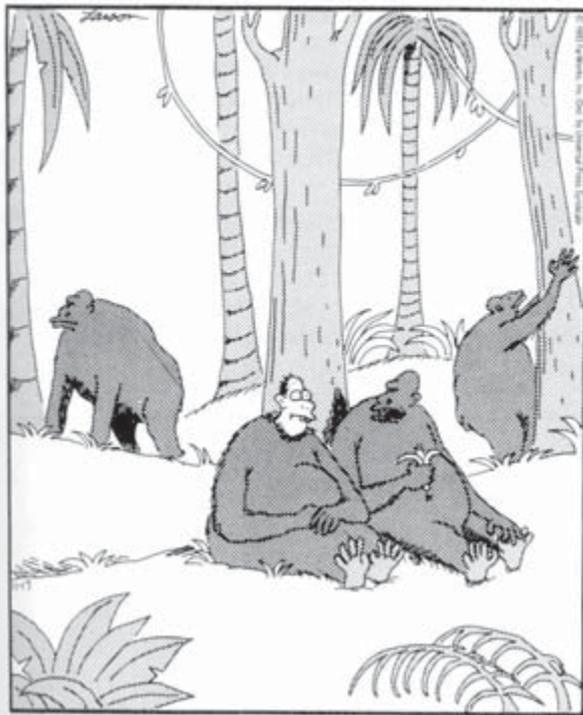
Примечание: У детей эта особенность может отсутствовать.

D. Пугающие ситуации или виды деятельности избегаются, в противном случае они вызывают сильную тревогу или дистресс.

Тревога, связанная с социофобией, бывает настолько тяжелой, что вызывает заикание, потливость, расстройство желудка, усиленное сердцебиение или сильный приступ паники. Подростки с социофобией часто убеждены в том, что проявляемые ими физические реакции позволяют окружающим сделать вывод об их неадекватности, отчего они становятся еще более тревожными. В итоге получается замкнутый круг: дети, страдающие социофобией, предчувствуют свою неловкость и неудачу в общении, что вызывает тревогу, когда они попадают в пугающую ситуацию, а это приводит к дальнейшему усилению их нервозности и тяжести проявления физических симптомов. В результате они начинают избегать социальных контактов, не решаясь позвонить однокласснику, чтобы узнать задание на дом, обратиться с просьбой к учителю, чтобы он объяснил непонятный материал; они не могут заставить себя снять трубку, чтобы ответить на телефонный звонок, или не находят в себе смелости назначить свидание (Albano, 1995).

THE FAR SIDE

By GARY LARSON



Другое измерение* рис. Гари Ларсона
«Послушай, если ты так стесняешься, надень маску гориллы».

The Far Side © 1986 Farworks.

* «Другое измерение» («The Far Side»), популярная серия комиксов художника Гари Ларсона, в которых изображаются напоминающие людей животные в странных и нелепых ситуациях. — *Примеч. ред.*

Большая часть социофобий появляется у детей в подростковом возрасте, в то время, когда они становятся очень стеснительными, испытывая сомнения и беспокойства по поводу своей внешности, умения держаться в обществе, а также волнуются о том, что могут подумать о них другие люди. Большинство подростков постоянно озабочены тем, как лучше держать себя, что говорить, как одеваться (этим обстоятельством часто пользуются рекламодатели). В этом возрасте тревога часто связана с желанием быть «таким же, как все», с попытками добиться социального признания, с возникающими сексуальными проблемами, а также с конфликтами, вызванными стремлением к личной независимости. Симптомы тревоги, на которые жалуются чаще всего, выражаются в страхе говорить на публике, покраснении, чрезмерном беспокойстве по поводу совершенных действий и поступков и в сильной застенчивости (Bell-Dolan et al., 1990).

Социальная тревога и сильная застенчивость в переходном возрасте вполне закономерны для нормального развития, однако подростки с социофобией испытывают постоянную тревогу. Типичным примером социальной тревоги и эгоцентричного и самокритичного мышления подростков с социофобией является диалог, приведенный во врезке 7.2.

Распространенность, течение и сопутствующие расстройства

Социофобия встречается у 1–3% детей, несколько чаще у девочек, чем у мальчиков (Essau, Conradt & Peterman, 1999; Vasey, 1995). Девочки могут испытывать большую социальную тревожность, потому что они более обеспокоены по поводу своей социальной компетентности, чем мальчики, и придают большее значение межличностным взаимоотношениям (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000). Двадцати процентам детей, направленных на лечение по поводу тревожных расстройств, был поставлен первоначальный диагноз социофобии. Это заболевание является наиболее распространенным среди детей, направленных на лечение по поводу других тревожных расстройств (Albano et al., 1996). При этом случаи социофобии зачастую проходят незамеченными, поскольку застенчивость совсем не редкое явление в нашем обществе, а дети не склонны привлекать внимание окружающих к своим проблемам, даже если они серьезно мешают им (Essau et al., 1999).

Две трети детей и подростков с социофобией страдают еще каким-либо другим тревожным расстройством — как правило, специфической фобией или паническим расстройством (Beidel et al., 1999). Около 20% подростков с социофобией страдают тяжелым депрессивным расстройством. Они могут использовать алкоголь и другие наркотические вещества для «самолечения», чтобы ослабить тревожность, которую испытывают в социальных ситуациях (Albano et al., 1996).

Социофобии обычно развиваются после начала пубертатного периода. Наиболее часто они возникают в среднем подростковом возрасте (С. С. Strauss

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 7.2. Социофобия у подростков: эгоцентричное и самокритичное мышление

Начало нового учебного года. Во дворе школы ученицы Анна и Патти, страдающие социофобией, случайно оказались рядом. Они никогда раньше не общались друг с другом.

Анна (про себя): Я не могу вот так сидеть и молчать. Это выглядит глупо. Нужно поздороваться. Обращается к Патти: «Привет, ты новенькая?»

Патти (про себя): О, нет, не надо говорить со мной. Я даже не знаю, что ответить. Обращается к Анне: «Нет, я училась здесь в прошлом году».

Про себя: Уверена, что никто меня даже и не заметил.

Анна (про себя): Ну вот, теперь я выгляжу идиоткой, потому что не узнала ее. Что же мне ей сказать? Обращается к Патти: «Наверное, мы не встречались раньше. Меня зовут Анна».

Патти (про себя): Когда же прозвучит звонок?

Обращается к Анне: «Меня зовут Патти. Я тебя раньше видела».

Анна (обращается к Патти): «Наверное, в моем классе, на уроках мистера Холта?»

Про себя: Надеюсь, что она не помнит, как мне однажды стало плохо. И зачем я только вспомнила про класс?

Патти (про себя): Она была так популярна, я не могу разговаривать с нею. Она думает, что я тупица, потому что я весь год ни с кем не общалась.

Обращается к Анне: «Да, я училась в этом классе. А теперь мне пора идти».

Про себя: Мне нужно поскорей убираться отсюда. Я не могу это больше выносить.

Анна (про себя): Боже мой, она помнит, как нелепо я тогда выглядела. Я так смущена, у меня все лицо красное.

Обращается к Патти: «Хорошо, увидимся».

Про себя: Наконец-то все это закончилось.

(Адаптировано из Albano, Marten & Hot, 1991.)

& Last, 1993). Это расстройство чрезвычайно редко встречается у детей младше 10 лет. Похоже, что распространенность социофобии с возрастом увеличивается, однако мы не обладаем достаточной информацией, чтобы описать естественное течение этого расстройства и его долгосрочные последствия.

Избирательный мутизм

Кейша: Ни слова с чужими людьми

Шестилетняя Кейша не разговаривает со сверстниками и учителями в начальной школе и не разговаривала ни с кем в детском саду в течение последних двух лет ее пребывания там. Это началось два года назад, когда ей стало тяжело оставаться в детском саду, а через два месяца она уже не могла приходить в детский сад без рыданий. Хотя девочка не разговаривает с другими детьми, она общается с ними и участвует в школьных делах. Кейша свободно беседует дома со всеми членами семьи, но не разговаривает с ними на людях, если другие могут услышать ее. Она утверждает, что не знает, почему молчит, но сказала своей матери, что чувствует страх. Мать описывает Кейшу как застенчивую и обеспокоенную девочку (Leonard & Dow, 1995).

Дети, страдающие избирательным **мутизмом**, не разговаривают в специфических социальных ситуа-

циях, хотя могут громко и свободно разговаривать дома или в других условиях. Хотя избирательный мутизм в Руководстве DSM в настоящее время относится к группе «другие расстройства детского возраста», недавние исследования позволяют предположить, что он имеет много общего с тревожными расстройствами (Leonard & Dow, 1995). Например, у 90% маленьких детей с избирательным мутизмом наблюдаются симптомы социофобии (Black & Uhde, 1995). Хотя результаты исследований не позволяют делать окончательных выводов, можно предположить, что избирательный мутизм скорее является разновидностью социофобии, а не самостоятельным расстройством (Anstendig, 1999; Dummit et al., 1997).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Дети с социофобией боятся стать объектом пристального внимания или подвергнуться оценке со стороны окружающих; они опасаются совершить нечто такое, что может вызвать насмешку у других людей.
- Социофобии возникают у 1–3% детей, несколько чаще у девочек, чем у мальчиков.
- Как правило, социофобии формируются после начала пубертатного периода, когда большинство

подростков становятся стеснительными и начинают сильно беспокоиться о том, что подумают о них другие люди.

- Дети, страдающие избирательным мутизмом, не разговаривают в специфических социальных ситуациях, хотя могут громко и свободно говорить дома или в иных условиях.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Пол: Я должен правильно войти в комнату

Практически ежедневно шестнадцатилетнего Пола можно увидеть в дверном проеме, чуть покачивающегося вперед и назад и устремившего взгляд на угол дверной коробки. «Что ты делаешь?» — спрашивает санитар. «Я застрял, — шепчет Пол, не оборачиваясь. — Я должен проделать это еще раз, чтобы все было правильно; я должен сделать это особым способом». «Сделать что?» — спрашивает санитар. «Правильно пройти в дверь», — отвечает Пол (Rapoport, 1989).

Пол страдает **обсессивно-компульсивным расстройством**, для которого характерно появление навязчивых мыслей и паттернов ритуального поведения. Дети и подростки с обсессивно-компульсивным расстройством переживают повторяющиеся, отнимающие время (более часа в день) и мешающие их жизни обсессии и компульсии (Piacentini & Bergman, 2000). **Обсессии** — это стойкие, навязчивые и иррациональные мысли, идеи, импульсы или образы. Описание большинством детей своих обсессий во многом похоже на описание беспокойства. Однако обсессии представляют собой нечто большее, чем просто усиленное беспокойство о повседневных проблемах, связанных с домашними обязанностями или мыслями о популярности. Обсессивные мысли иррациональны, а импульсы чрезмерно интенсивны, они сфокусированы на невероятных или нереальных событиях или на сильно преувеличенных событиях реальной жизни. Дети с обсессивно-компульсивным расстройством могут жаловаться на то, что постоянно «слышат» возникающие в голове стихи или песни, или боятся заболеть опасной болезнью — например раком, или же опасаются, что на них нападет злоумышленник. Наиболее распространенные обсессии у детей и подростков связаны с боязнью заражения, боязнью причинить вред себе или другим, заботами о симметричности, а также с сексуальной, соматической и религиозной озабоченностью (B. Geller et al., 1998). Поскольку эти и другие обсессии создают значительную тревогу и причиняют страдания, дети с обсессивно-компульсивным расстройством прилагают большие

усилия, пытаясь нейтрализовать их с помощью навязчивых действий, так называемых компульсий (Henin & Kendall, 1997).

Навязчивые действия (компульсии) — повторяющиеся, имеющие большое субъективное значение, преднамеренные действия (например мытье рук) или мыслительные процессы (например повторение «про себя» каких-либо слов), возникающие в качестве реакции на обсессии. Например, в результате обсессии, связанной с микробами, у ребенка с обсессивно-компульсивным расстройством может сформироваться убеждение в том, что он должен постоянно сохранять чистоту, убирать малейшие следы грязи или производить иные ритуальные действия для снижения тревоги. Например, один шестилетний мальчик полагал, что каждый раз перед выполнением домашнего задания ему нужно вымыть тетрадь. Компульсии имеют разнообразные формы проявления. Наиболее распространенными являются чрезмерно частое умывание или принятие душа или ванны (встречается примерно в 85% случаев), повторение, проверка, прикосновение, счет, чрезмерное накопление и упорядочивание предметов (B. Geller et al., 1998). Убеждения, питающие обсессивно-компульсивное расстройство, во многом подобны суеверным представлениям, например: «Наступишь на трещину в асфальте — случится несчастье». Пол, мальчик с обсессивно-компульсивным расстройством, который застревал в дверях, говорил, что «трещины на тротуаре для него тоже являются серьезной проблемой». «Не столь незначительной, как для некоторых детей, — уточнял он, — а серьезной, сложной проблемой» (Rapoport, 1989, стр. 75). Диагностические критерии обсессивно-компульсивного расстройства, согласно Руководству DSM, указаны в табл. 7.8.

Несмотря на большое разнообразие обсессий и компульсий, определенные компульсии, как правило, связаны со специфическими обсессиями. Например, ритуалы мытья и чистки, судя по всему, связаны с обсессиями заражения. К ним относятся: озабоченность выделениями или секретами своего тела (например: мочой, фекалиями, слюной) или отвращение к ним, озабоченность грязью или микробами, или чрезмерная обеспокоенность химическим составом среды или экологической обстановкой.

Компульсии, выражающиеся в многократно повторяющемся счете до какого-либо числа, как правило, связаны с беспокойством по поводу возможного несчастья (например по поводу возможной смерти одного из родителей или пожара). Обсессии симметрии, точности или порядка зачастую сочетаются с компульсиями раскладывания предметов в определенном порядке или определенным образом, например, с постоянным укладыванием и распаковыванием чемодана или с перестановкой выдвижных ящиков (Piacentini, 1997).

Дети с обсессивно-компульсивным расстройством вполне разумны в том, что не относится к их обсессиям и компульсиям. Большинство детей старше восьми лет не избавляются от навязчивых мыслей и действий несмотря на то, что осознают их

Основные диагностические критерии обсессивно-компульсивного расстройства, согласно Руководству DSM-IV-TR

А. Либо обсессии, либо компульсии:

Обсессии определяются по пунктам (1), (2), (3) и (4):

- (1) Стойкие и повторяющиеся мысли, импульсы или образы, которые в какой-либо период расстройства переживаются как навязчивые и неуместные, и которые вызывают значительную тревогу или дистресс.
- (2) Эти мысли, импульсы или образы не являются просто сильным беспокойством, связанным с проблемами реальной жизни.
- (3) Человек пытается игнорировать или подавлять подобные мысли, импульсы или образы, или же нейтрализовать их с помощью иных мыслей или действий.
- (4) Человек осознает, что обсессивные мысли, импульсы или образы являются продуктом его собственного мышления (а не навязаны извне).

Компульсии определяются по пунктам (1) и (2):

- (1) Навязчивые действия (например: мытье рук, раскладывание предметов в определенном порядке или проверка) или действия, связанные с мыслительными процессами (например: счет, тихое проговаривание каких-либо слов или молитв), которые возникают как реакции на обсеcсию, имеют устойчивый характер и неизменные способы выражения.
- (2) Действия или мыслительные акты, направленные на снятие или ослабление дистресса или на предотвращение неких угрожающих событий или ситуаций; но подобные действия и мыслительные акты реально не связаны с тем, на что они направлены, или же являются чрезмерными.

В. В какой-либо период расстройства человек осознает чрезмерность или необоснованность своих обсессий или компульсий.

Примечание: Пункт В неприменим к детям.

Источник: DSM-IV-TR copyright © 2000 by APA.

чрезмерность и необоснованность (обычно дети характеризуют такие действия и мысли словами «глупый» или «дурацкий»). Однако доводы разума оказываются бессильны даже в том случае, если ребенок понимает бессмысленность своих ритуальных действий. Например, одной из обсессивных мыслей десятилетнего Эмилио была мысль о том, что из его груди выходит длинная, гибкая, похожая на трубку структура. Он знал, что это не соответствует действительности, но вел себя так, словно бы трубка действительно торчала из его груди, и двигался так, чтобы ни человек, ни предмет не оказались на слишком близком расстоянии перед ним (Despert, 1955).

Дети с обсессивно-компульсивным расстройством зачастую вовлекают в свои ритуалы членов семьи; например, требуют, чтобы их одежда чистилась 2–3 раза в день, не позволяют другим использовать определенные продукты из страха болезни или заражения или заставляют одного из родителей подниматься в пять часов утра, чтобы помочь им совершать ритуал одевания, который может продолжаться несколько часов (Piacentini, 1997; Waters & Barrett, 2000).

Некоторые дети, страдающие обсессивно-компульсивным расстройством, настаивают на том, чтобы их собеседник повторял определенные фразы или задавал вопросы определенным образом. Иллюстрацией этому может служить диалог между одиннадцатилетней Хетер и ее матерью.

Хетер: Ты только что сказала, что мы едим десерт. Теперь ты говоришь, что мы едим мороженое. Как правильно?

Мать: Мороженое — это и есть десерт.

Хетер: А как правильно его называть?

Мать: Можно и так, и так.

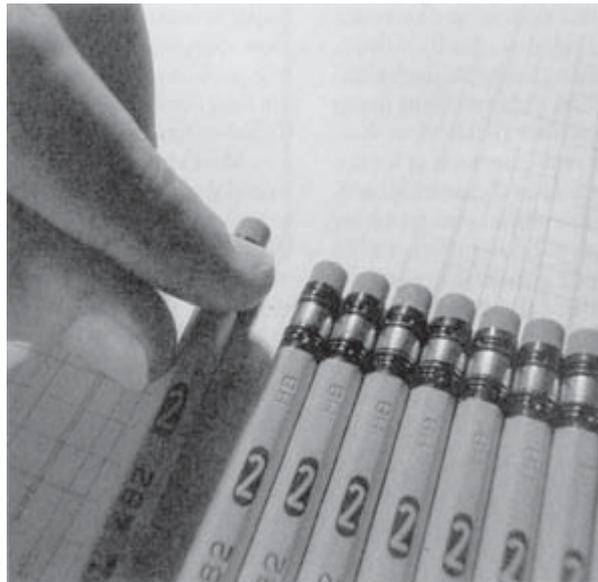
Хетер: И все-таки мы едим мороженое или десерт?

Мать: Мы едим мороженое.

Хетер: Тогда почему же ты говорила, что мы едим десерт?

Хетер так часто спорила, была столь упорна и настойчива, что ее мать решила обратиться к специалистам, полагая, что у девочки тяжелое поведенческое расстройство. Однако в результате обследований выяснилось, что «оппозиционное» поведение Хетер было проявлением обсессивно-компульсивного расстройства. Анализируя свое поведение, она призналась: «Я ничего не могу с собой поделать. Когда мама рядом, я должна заставлять ее говорить «правильно» или же я буду чувствовать себя ужасно».

Навязчивые действия предпринимаются для нейтрализации или ослабления тревоги и напряжения, вызываемых обсеcсиями, или для предотвращения каких-либо пугающих событий или ситуаций. Ритуалы могут на время ослабить тревогу, однако, если их выполнять на протяжении длительного времени,



В плену своих привычек: мытье рук, проверка и установление симметрии.

они прекращают оказывать желаемый эффект. Вследствие этого дети с обсессивно-компульсивным расстройством все больше втягиваются в бесконечный, отнимающий много времени цикл obsessions и compulsions (Carter & Pollock, 2000). Ежедневно по многу часов ребенок бывает поглощен тревожными, нарушающими его равновесие и иногда нелепыми мыслями, а также постоянными навязчивыми действиями. Такой ребенок концентрирует все свое внимание на своих obsessions и compulsions, поэтому ему чрезвычайно сложно, если вообще возможно, сосредоточиться на чем-либо ином. Как и в случае с Полом, даже простое действие, каким является

вхождение в комнату, может стать неразрешимой задачей.

В результате подобной чрезмерной озабоченности нормальная деятельность детей с обсессивно-компульсивным расстройством существенно сужается, могут ухудшиться социальные и семейные отношения, здоровье, а также школьная успеваемость (Carter et al., 1995). Ритуалы чистки зубов или мытья рук могут создавать проблемы со здоровьем, например, приводить к экземе кистей рук и предплечий вследствие чрезмерного мытья и к повреждению десен в результате длительной чистки зубов. Ритуалы одевания или мытья могут служить причиной

хронических опозданий. Ритуалы и навязчивые мысли, связанные со счетом и проверкой, могут препятствовать концентрации внимания и мешать работе в школе. Выполнение домашней работы может превратиться в ежедневную борьбу с самим собой, когда ребенок часами проверяет и исправляет выполненные задания. Ритуальное поведение может приводить к такой частой проверке и перепроверке ответов на каждый вопрос теста, что ребенок оказывается не в состоянии довести работу до конца. Ритуалы, совершаемые перед сном, могут мешать родителям приглашать друзей остаться на ночь и принимать подобные приглашения. Страхи заражения могут плохо сказываться на школьной посещаемости и социальной деятельности, например мешать посещению кинотеатра или участию в спортивных мероприятиях (Piacentini, 1997).

Осознавая странность и бессмысленность навязчивых действий, многие дети стараются замаскировать или скрыть свои ритуалы, особенно в социальных ситуациях или в школе. В менее тяжелых случаях учителя, друзья и члены семьи могут в течение нескольких месяцев и даже лет не догадываться о том, что ребенок страдает обсессивно-компульсивным расстройством. Однако по мере того как ритуалы становятся более сложными и длительными, скрывать их бывает все тяжелее и тяжелее. Прилагая максимум усилий, дети, страдающие обсессивно-компульсивным расстройством, могут подавлять симптомы лишь на короткое время. Однако подавление обычно оказывает обратный эффект, симптомы вновь усиливаются, как только ребенок оказывается в уединении. Заметив симптомы и узнав о специфике обсессивно-компульсивного расстройства из журнальных статей и телепередач, окружающие начинают понимать всю сложность возникшей проблемы (Piacentini, 1997).

Распространенность и сопутствующие расстройства

Обсессивно-компульсивное расстройство встречается у 2–3% детей и подростков (также часто, как и среди взрослых) (Piacentini & Graae, 1997). Клинические исследования младших школьников свидетельствуют о том, что мальчики страдают обсессивно-компульсивным расстройством в два раза чаще, чем девочки. Однако эта пропорция не наблюдалась в подростковых выборках, возможно, из-за статистических искажений и возникающих в этом возрасте гендерных различий, или из-за того и другого (Albano et al., 1996). Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями являются другие тревожные расстройства; депрессивные расстройства, особенно у старших детей с обсессивно-компульсивным расстройством, и деструктивные поведенческие расстройства (С. G. Last & Strauss, 1989a; Piacentini & Graae, 1997). У детей с обсессивно-компульсивным расстройством часто наблюдаются расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, расстройства научения, расстройства приема пищи, а также речевые и моторные тики (Piacentini & Graae, 1997).

Возникновение, течение и последствия обсессивно-компульсивного расстройства

Обсессивно-компульсивное расстройство чаще всего возникает у детей в возрасте 9–12 лет, при этом наблюдаются два статистических пика: в раннем детстве и в раннем подростковом возрасте (Hanna, 1995). У детей с ранним возникновением обсессивно-компульсивного расстройства (6–10 лет) чаще имеются случаи обсессивно-компульсивного расстройства в семье, чем у детей с поздним появлением этого расстройства, что говорит о большой роли генетических влияний в подобных случаях (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane & Cheslow, 1989). У этих детей наблюдаются ярко выраженные моторные паттерны, связанные с компульсиями без обсессий и нетипичными формами поведения, выражающимися, например, в облизывании пальца или компульсивной ходьбе по траектории с четким геометрическим рисунком.

Наблюдая за развитием обсессивно-компульсивного расстройства у маленьких детей, можно прийти к выводу о том, что у них, как правило, симптомы обсессии выражаются в менее острой форме, чем у подростков. Кроме того, младшие дети менее склонны осознавать болезненность своего состояния. Часто маленькие дети с обсессивно-компульсивным расстройством задают своим родителям навязчивые вопросы и не делают никаких попыток скрыть симптомы расстройства. Большинство детей с обсессивно-компульсивным расстройством старше восьми лет осознают неадекватность своих мыслей и действий, и им обычно неприятно говорить об этом.

Старшие дети зачастую пытаются скрывать или ослаблять проявление симптомов или же вовсе отрицают их существование, что затрудняет попытки родителей помочь своим детям.

От 30 до 50% детей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, продолжают проявлять симптомы этого расстройства по прошествии от 2 до 14 лет после постановки диагноза. Хотя у большинства детей, включая тех, кто проходил медикаментозную терапию (например с применением препарата SSRI*), наблюдается некоторое ослабление симптоматики, однако полной ремиссии достигает менее 10%. Причинами неблагоприятных последствий этого заболевания являются: слабая инициальная реакция на терапию, тиковые расстройства в анамнезе и психопатология одного из родителей. Таким образом, обсессивно-компульсивное расстройство является для значительного числа детей серьезным и хроническим заболеванием (Albano, Knox & Barlow, 1995).

* SSRI — Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Ингибитор селективного восстановления серотонина. — *Примеч. ред.*

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- У детей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, возникают повторяющиеся, навязчивые и нежелательные мысли, или обсессии, вызывающие тревогу. Зачастую обсессии сопровождаются ритуальными действиями, или компульсиями, направленными на то, чтобы ослабить тревогу.
- Наиболее распространенными обсессиями у детей являются страх заражения и боязнь причинить вред себе или другим людям. Среди наиболее распространенных компульсий — умывание и принятие ванны, а также повторение специфических действий, проверка и упорядочивание предметов.
- Чаще всего обсессивно-компульсивное расстройство возникает у детей в возрасте 9–12 лет. Оно встречается у 2–3% детей. У детей с ранним возникновением обсессивно-компульсивного расстройства чаще наблюдаются случаи обсессивно-компульсивного расстройства в семье, чем у детей с поздним появлением этого расстройства.
- Обсессивно-компульсивное расстройство является серьезным и хроническим заболеванием. Более 60% детей, страдающих им, не излечиваются по прошествии 2–14 лет после постановки диагноза.

ПАНИКА

Приступы паники

- «Когда мое сердце начинает сильно биться, мне кажется, что я вот-вот умру».
- «Когда со мной происходят приступы, никто не может понять, почему я так перепуган».
- «Я ничего не могу поделать со своим страхом. Мой папа сказал, что я должен от него избавиться. Мне так хотелось бы!»

Слово «паника» происходит от имени Пана, древнегреческого лесного демона, которого изображали в виде получеловека с козлиными копытами, бородкой и рогами. Как рассказывают мифы, Пан пугал путешественников, осмелившихся потревожить его полуденный сон, издавая пронзительный вопль, от которого кровь стыла в жилах. Так страшен был этот вопль, что иногда незваные гости пугались до смерти. Неожиданное и невыносимое чувство ужаса теперь называют паникой.

Приступ паники — это внезапный ошеломляющий эпизод сильного страха или ощущения дискомфорта, сопровождающийся четырьмя или более характерными соматическими и когнитивными симптомами реакции «борьбы и бегства» (см. табл. 7.9). Обычно приступ паники непродолжителен, его симптомы достигают наибольшей интенсивности в течение 10 минут или менее, а затем медленно ослабевают в течение полчаса или нескольких часов. При-

ступам паники сопутствует переполняющее ощущение неминуемой опасности или приближающегося рокового конца и настойчивое желание спастись. Хотя приступы паники непродолжительны по времени, они могут возникать несколько раз в неделю или в месяц. Важно помнить, что при всей драматичности симптомов, они не причиняют тому, кто испытывает их, физического вреда и не представляют для него опасности.

Приступы паники достаточно легко распознаются у взрослых, но существуют некоторые разногласия по поводу того, как часто они встречаются у детей и подростков (Kearney & Allan, 1995). Хотя приступы паники у маленьких детей чрезвычайно редки, они распространены у подростков (Ollendick, 1998; Ollendick, Mattis & King, 1994). В связи с этим было выдвинуто предположение о том, что у маленьких детей еще недостаточно развиты когнитивные навыки, которые позволили бы им неверно интерпретировать сигналы как ведущие к катастрофе, что обычно происходит в эпизодах паники (например, учащенные удары сердца зачастую интерпретируются как начало сердечного приступа) (Nelles & Barlow, 1988). Однако результаты исследований говорят о том, что на самом деле маленькие дети способны на такие неверные истолкования (Mattis & Ollendick, 1997a).

Если ограниченные когнитивные способности не препятствуют приступам паники у маленьких детей, то почему в таком случае они возникают у них реже, чем у подростков? В результате проведенного исследования была обнаружена связь между возникновением приступов паники и пубертатным статусом у 754 девочек шестых и седьмых классов. Важным моментом является то, что увеличение числа случаев паники было связано с пубертатным развитием, а не с увеличением возраста (Hayward et al., 1992). Влияние пубертатного развития на тревожные расстройства у женщин в общем подтверждается тем, что у девочек 6–8 классов, имеющих симптомы этих расстройств, пубертатный период начался, в среднем, на 5 месяцев раньше, чем у их сверстниц (Hayward, Killen, Wilson & Hammer, 1997). Спонтанные приступы паники редко возникают до наступления периода пубертатного развития, в основном они связаны с ним. Поскольку на подростковый возраст приходится пик возникновения этого расстройства, можно предположить, что физические изменения, сопутствующие пубертатному периоду, оказывают критическое влияние на возникновение паники.

Каким образом появляются физические симптомы реакции «борьбы и бегства», если подросток до начала приступа паники не испытывает страха? Согласно одной из гипотез, эти симптомы могут быть вызваны другим состоянием, отличным от страха. Ребенок может испытывать дистресс по какой-либо причине, что увеличивает выработку адреналина и иных соединений, которые могут продуцировать симптомы паники. Повышенный уровень адреналина может химическим образом удерживаться в крови даже после того, как стрессовая ситуация завершилась. Согласно другой гипотезе, ребенок может

иметь несколько учащенное дыхание, которое приводит к легкой гипервентиляции, что также может вызывать симптомы реакции «борьбы и бегства». Поскольку учащение дыхания практически незаметно, ребенок привыкает к нему и не осознает, что гипервентиляция связана с приступами паники.

Согласно третьей гипотезе, некоторые дети, особенно подростки, которые постоянно следят за своим телом, придают слишком большое значение нормальным физическим изменениям, происходящим в их организме (Barlow, 1988).

Паническое расстройство

Клаудиа: Нападение ниоткуда

Шестнадцатилетняя Клаудиа смотрела телевизор после небогатого событиями школьного дня. Внезапно ее охватило сильное ощущение головокружения и удушья, словно ей не хватало воздуха. Ее сердце стало стучать так быстро, что, казалось, вот-вот разорвется. Приступ паники протекал так стремительно и был таким интенсивным, что Клаудиа запаниковала и решила, что у нее сердечный приступ, от которого она умрет. У нее возникло сильное потоотделение и началась дрожь, ей казалось, что комната вращается вокруг нее. За две минуты эти ощущения достигли пика... но это был седьмой приступ, пережитый Клаудией в течение этого месяца. Она в отчаянии побежала к матери и в очередной раз стала умолять доставить ее в приемный покой скорой помощи.

У некоторых подростков, переживающих повторяющиеся приступы паники, не возникает последующей тревоги. У других, как у Клаудии, нарастают тревожные симптомы и развивается **паническое расстройство**. У подростков с паническим расстройством происходят повторяющиеся неожиданные приступы на протяжении, по крайней мере, 1 месяца; между приступами возникает постоянное беспокойство о последствиях и наблюдаются заметные изменения в поведении. У детей, переживших большое число приступов паники, развивается значительная вторичная тревога, и они могут ощущать беспокойство большую часть своего времени. Они беспокоятся о том, когда и где произойдет следующий приступ, и смогут ли они, в случае необходимости, получить помощь. Этот тип беспокойства называется *предупреждающей тревогой*.

Подростки, страдающие паническим расстройством, избегают тех мест, где у них происходили предыдущие приступы паники, тех ситуаций и видов деятельности, во время которых, как им кажется, может начаться приступ, а также тех ситуаций, где помощь может оказаться недоступной. Подросток с паническим расстройством, как, например Клаудиа, может думать: «Конечно, каждый приступ очень неприятен, но он может оказаться действительно опасным, если произойдет, когда я буду ехать на велосипеде в школу. Меня охватит паника, и со мной произойдет несчастный случай. Скорее всего, я разобью велосипед и покалечусь или врежусь в кого-нибудь!»

Нежелание Клаудии ездить в школу на велосипеде можно неверно интерпретировать как страх езды

Таблица 7.9

Основные диагностические критерии приступа паники, согласно Руководству DSM-IV-TR

Дискретный период сильного страха или дискомфорта, в котором резко развиваются и достигают пика в течение 10 минут четыре или более из следующих симптомов:

- (1) Учащенный пульс или сердцебиение
- (2) Усиленное потоотделение
- (3) Слабая или сильная дрожь
- (4) Ощущение нехватки воздуха
- (5) Чувство удушья
- (6) Боль или неприятные ощущения в груди
- (7) Тошнота или расстройство желудка
- (8) Головокружение, ощущение слабости в ногах, обморок
- (9) Ощущение нереальности происходящего или ощущение отдаленности от собственного тела
- (10) Страх потери контроля над собой или страх сумасшествия
- (11) Страх смерти
- (12) Парестезии (оцепенение или чувство зажатости)
- (13) Жар или озноб

Примечание: Приступ паники как таковой не является диагностируемым расстройством.

Источник: DSM-IV-TR copyright © 2000 APA.



Паника.

на велосипеде, хотя на самом деле оно вызвано боязнью приступа паники во время поездки.

Дети и подростки, у которых паническое расстройство остается нераспознанным, не получают необходимой медицинской помощи. В результате у них, как правило, существенно осложняются взаимоотношения с родителями и сверстниками и ухудшается успеваемость. Некоторые подростки с паническим расстройством могут отказываться посещать школу или разлучаться со своими родителями. В тяжелых случаях тенденция избегать обыденные ситуации может усиливаться до такой степени, что ребенок старшего подросткового возраста с паническим расстройством начинает бояться выходить из своего дома. Страх одиночества в толпе и избегание определенных мест или ситуаций называется агорафобией.* Агорафобия, которая обычно возникает после восемнадцатилетнего возраста, связана со страхом приступа паники в людных местах и ситуациях, избежать которые бывает трудно, и где помощь может оказаться недоступной. Если дети старшего подросткового возраста с агорафобией, сталкиваются с пугающей ситуацией, когда поблизости нет родителей или друзей, они испытывают сильный дистресс.

Распространенность и сопутствующие расстройства

Приступы паники довольно часто встречаются у подростков (у 35–65%), однако паническое рас-

стройство куда менее распространено и возникает у 1–5% подростков (Ollendick, Mattis & King, 1994). Девочки-подростки более подвержены приступам паники, чем подростки-мальчики. Была обнаружена устойчивая связь между приступами паники и стрессовыми событиями в жизни (N. J. King, Ollendick & Mattis, 1994; C. G. Last & Strauss, 1989b). Около половины подростков с паническим расстройством не страдает иными заболеваниями, а для другой половины наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями являются тревожные расстройства и депрессия (Kearney, Albano, Eisen, Allan & Barlow, 1997; C. G. Last & Strauss, 1989b). Часто повторяющиеся приступы паники, которые могут не оставлять подростка в течение долгих месяцев и даже лет, вынуждают его вести замкнутый образ жизни. Это формирует поведенческие паттерны избегания и может привести к тяжелой депрессии и склонности к суициду. Другие могут начать употреблять алкоголь или наркотики, чтобы ослабить свою тревогу.

Возникновение, течение и последствия панического расстройства

Средний возраст появления первого приступа паники у подростков с паническим расстройством — 15–19 лет. 95% подростков с этим расстройством имеют пубертатный статус (Bernstein, Borchardt &

КРУПНЫМ

ПЛАН ОМ

Врезка 7.3.

Страдал ли Дарвин паническим расстройством?

Чарльз Дарвин (1809–1882) во время учебы в колледже слыл общительным человеком и бесстрашным путешественником. Однако приближаясь к тридцатилетнему рубежу — через год после возвращения в Англию из пятилетнего путешествия по Южной Америке и Тихому океану на борту военного корабля «Бигль» — он стал жаловаться на «неприятное сердцебиение». Симптомы появились вскоре после того, как он начал вести личный дневник, который спустя 22 года превратится в книгу «Происхождение видов». Впоследствии на протяжении многих лет его болезнь объяснялась слабостью нервов, тропической лихорадкой, нервным истощением, отравлением мышьяком, подагрой и многими другими причинами. Но в своем дневнике Дарвин, описывая свое состояние, говорит о «чувстве страха... который сопровождается сильным сердцебиением, потоотделением и дрожью мышц».

Источник: Desmond & Moore, 1991.

* Агога в др.-греч. — место народного собрания, городская площадь, базарная площадь. — *Примеч. ред.*

Perwien, 1996; Kearney & Allan, 1995). В половине случаев паническое расстройство у подростков не сопровождается другими расстройствами. При наличии сопутствующего заболевания им, как правило, является депрессивное расстройство (С. G. Last & Strauss, 1989b). К несчастью, у детей и подростков с паническим расстройством наблюдается самый низкий уровень ремиссии для всех тревожных расстройств (С. G. Last et al., 1996).

Хотя приступы паники у детей препубертатного возраста чрезвычайно редки, выдвигались предположения о том, что тревожное расстройство в связи с разлукой является ранней формой паники, которая в позднем подростковом возрасте или в зрелости может перейти в паническое расстройство (N. J. King et al., 1994; Mattis & Ollendick, 1997b). Примерно 20% взрослых, испытывающих приступы паники, в детстве страдали школьными фобиями или тревожным расстройством в связи с разлукой. Однако исследования не подтверждают то, что тревожное расстройство в связи с разлукой является *специфическим* предвестником панического расстройства, поскольку тревожное расстройство в связи с разлукой предшествует многим заболеваниям, включая другие тревожные расстройства и депрессию.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Приступ паники — это внезапный ошеломляющий эпизод сильного страха или ощущения дискомфорта, сопровождающийся соматическими и когнитивными симптомами.
- Подростки, переживающие повторяющиеся приступы паники и постоянно беспокоящиеся о возможных последствиях и осложнениях, связанных с очередным приступом, страдают паническим расстройством.
- Многие подростки в постпубертатный период испытывают приступы паники, но паническое расстройство является менее распространенным, чем приступы паники.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ И ОСТРОЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Марси: Не единственная жертва

Крупная немецкая овчарка набросилась на шестилетнюю Марси, когда девочка сопровождала свою мать к соседской ферме.

Ее семилетний брат Джефф и две младшие сестренки стали свидетелями этого происшествия. Хотя мать предупредила детей, что луч-

ше держаться подальше от собаки, Марси и Джефф позволили собаке подойти к ним, и Джеффу удалось погладить ее. Тогда Марси тоже протянула руку, чтобы погладить собаку, и та набросилась на нее. Мать немедленно наложила повязку на кровоточащую рану, в то время как младшие девочки вцепились в ноги матери. Хозяин собаки (который шел за ней по дороге) запаниковал и побежал к дому детей за их отцом. Собака осталась не привязанной и лаяла на перепуганную семью около 20 минут. Отец привел семью домой, промыл рану Марси и отвез ее в больницу. Когда Марси накладывали швы на лицо, она была закреплена в неподвижном состоянии и испытывала сильный дистресс.

После этого несчастного случая у детей стали появляться приступы страха, и все они возвратились к паттернам поведения раннего возраста, таким как ночное недержание мочи и сосание пальца. Также у них возникли раздражительность, расстройства сна и кошмары. Более того, у Марси развился интенсивный страх перед медицинскими процедурами и любыми ситуациями, напоминавшими ей о медицинской процедуре. Последующие визиты к пластическому хирургу сопровождались интенсивным страхом и приступами паники. Сильный дистресс проявлялся в повседневных ситуациях оказания первой помощи, например при обработке царапин (адаптировано из Albano et al., 1997).

У детей с **посттравматическим стрессовым расстройством** наблюдается постоянная тревога после столкновения с тяжелым травматическим событием. К таким событиям относятся войны, пытки, изнасилования, природные бедствия (например землетрясения и ураганы), а также несчастья, причиной которых являются люди (например пожары и дорожно-транспортные происшествия). Была проведена граница между этими типами травм и другими стрессовыми событиями жизни, такими как болезнь или распад семьи. Обычные навыки преодоления стресса, которыми обладает большинство людей, как правило, не помогают справиться с травматическими переживаниями, связанными с посттравматическим стрессовым расстройством.

Посттравматическое стрессовое расстройство может возникать у людей, переживших смерть близкого человека, испытавших реальную угрозу собственной смерти, получивших серьезные ранения. Посттравматическое стрессовое расстройство наиболее распространено у детей, столкнувшихся с серьезными происшествиями, природными катастрофами, переживших похищение, войну, избиение или же сексуальное насилие (см. главу 14) (L. Davis & Siegel, 2000). К числу специфических травматических событий, которые были связаны с возникновением посттравматического расстройства у детей, относятся ураган Хьюго, крушение круизного судна «Юпитер», взрыв в Оклахома Сити* и перестрелка

в Литлтоне, штат Колорадо. Посттравматическое стрессовое расстройство определяется тремя основными устойчивыми признаками, которые проявляются в течение более чем 1 месяца:

- Повторные переживания травматического события.
- Избегание связанных с травмой стимулов и снижение общей реактивности.
- Симптомы чрезмерной активации.

Симптомы посттравматического стрессового расстройства имеют ярко выраженный и комплексный характер (Anthony, Lonigan & Hecht, 1999). Они проявляются в чрезмерном страхе, чувстве беспомощности и ужаса, что у детей может выражаться в возбужденном поведении и дезорганизованности. Дети, страдающие посттравматическим стрессовым расстройством, демонстрируют симптомы, во многом сходные с симптомами солдат, принимавших участие в военных действиях и испытавших ужасы войны. У детей могут возникать кошмары, страхи и приступы паники в течение многих лет. Они могут регрессировать к предыдущим стадиям развития, и их поведение может не соответствовать возрасту (например, они могут бояться незнакомых людей). Дети с посттравматическим стрессовым расстройством избегают ситуаций, которые напоминают им о травматическом событии, или же они могут возвращаться к этому событию в игре. Зачастую такие дети становятся пессимистами, чувствуют себя уязвимыми, испытывают подавленное состояние, у них могут возникнуть проблемы в школе.

Некоторые характерные симптомы по-разному выражаются у детей и у взрослых. Например, вместо повторяющихся ярких образов, воскрешающих в памяти травматическое событие, у маленьких детей травма чаще переживается в ночных кошмарах. Первоначально кошмары отражают травматическое событие, но со временем становятся неспецифическими. Аналогично этому, воспоминания, возникающие днем, могут выражаться в игре или путем обыгрывания события или связанных с ним тем. Реакция на травму у дошкольников может выражаться в повторяющихся рисунках и играх, центральной темой которых являются связанные с травмой моменты, в регрессивном поведении, антисоциальном, агрессивном или деструктивном поведении (Yule, 1994).

Острое стрессовое расстройство характеризуется развитием в течение 1 месяца после столкновения с экстремальным травматическим стрессором, по крайней мере, трех из следующих диссоциативных симптомов: 1) отсутствие эмоциональных реакций, 2) дереализация или слабое осознание происходящего вокруг, 3) деперсонализация или диссоциативная амнезия. Травматическое событие переживается вновь и вновь, и ребенок старается избегать стимулов, вызывающих воспоминания о нем. Эти симптомы наблюдаются, по крайней мере, 2 дня, но исчезают в

течение месяца (APA, 2000). Основным различием между острым стрессовым расстройством и посттравматическим стрессовым расстройством является то, что первое кратковременно, а второе имеет продолжительные последствия.

Распространенность и сопутствующие расстройства

Посттравматическое стрессовое расстройство часто встречается у детей, переживших травматическое событие (S. Perrin, Smith & Yule, 2000). Есть данные, согласно которым это расстройство становится все более и более распространенным (Amaya-Jackson & March, 1995). Появление симптомов посттравматического стрессового расстройства чаще фиксируется у детей, столкнувшихся с угрозой для своей жизни, чем у детей, не подвергавшихся такой угрозе. Например, около 40% детей, ставших свидетелями разрушения плотины в заливе Буффало в 1979 году, проявляли симптомы посттравматического стрессового расстройства через 2 года после катастрофы (К. Е. Fletcher, 1996). Посттравматическое стрессовое расстройство у детей также хорошо коррелирует с интенсивностью внешнего воздействия. У детей, оказавшихся на школьном дворе под огнем снайпера, риск формирования симптомов посттравматического стрессового расстройства был тем выше, чем ближе они оказывались к цели снайпера (Rupoos et al., 1987). Дети, пережившие тяжелое стрессовое событие, часто проявляют симптомы других расстройств. В то же время дети с другими расстройствами могут иметь сопутствующий диагноз посттравматического стрессового расстройства (Famularo, Fenton, Kinscherff & Augustyn, 1996). У детей, переживших пожары, ураганы или подвергавшихся продолжительному жестокому обращению, посттравматическое стрессовое расстройство может вызвать деструктивные поведенческие расстройства (Amaya-Jackson & March, 1995).

Возникновение, течение и последствия

Посттравматическое стрессовое расстройство может возникнуть у ребенка любого возраста. Особенности его протекания зависят от возраста ребенка в момент травмы и от характера травмы. Прежде чем травматическая ситуация будет оценена как представляющая собой чрезвычайную угрозу, происходит когнитивная и эмоциональная обработка поступающей информации. Поэтому интенсивность переживания травмы зависит от уровня развития ребенка. Более того, оказывается, что у разных детей существуют разные пороги чувствительности к травмам: некоторые кажутся более защищенными, другие более уязвимыми в чрезвычайных стрессовых ситуациях. Несмотря на эти различия, столкновение с тяжелым стрессовым событием ведет к психологической травме практически каждого ребенка.

Многие дети были уверены, что погибли во время урагана Эндрю, и примерно у 30% из них обна-

* Произошедший в 1995 г. теракт, в результате которого погибло более 160 человек. — *Примеч. ред.*

ружились симптомы тяжелого посттравматического стрессового расстройства. Приблизительно у 12% детей сохранялись тяжелый и очень тяжелый уровни симптомов посттравматического стрессового расстройства спустя около года после катастрофы, особенно устойчивыми оказались те симптомы, которые были связаны с повторными переживаниями и образным воссозданием картины произошедшего. У 90% детей наблюдались признаки улучшения состояния, однако более 75% таких детей через 10 месяцев после урагана проявляли, по крайней мере, один из симптомов (La Greca, Silverman, Vernberg & Prinstein, 1996).

Для прогнозирования особенностей протекания посттравматического стрессового расстройства у ребенка в результате природной катастрофы нужно обращать внимание на несколько факторов (La Greca, Silverman & Wasserstein, 1998). Эти факторы указаны на рис. 7.2. Терапия, помогающая детям справиться со своими чувствами и реакциями, причиной которых явилась катастрофа, зачастую учитывает те же факторы (S. Perrin et al., 2000; см. также врезку 7.4).

Результаты длительных наблюдений и исследований свидетельствуют о том, что посттравматическое стрессовое расстройство у некоторых детей может стать хроническим психическим заболеванием, сохраняясь десятилетиями, а иногда и всю жизнь (К. Е. Fletcher, 1996; Nader, Pynoos, Fairbanks &

Frederick, 1990; Terr, 1983). Развитие детей с хроническим посттравматическим расстройством может сопровождаться ремиссиями и рецидивами. В некоторых случаях дети, столкнувшиеся с травматическим событием, могут не проявлять никаких симптомов в течение многих месяцев или лет, пока не попадут в аналогичную ситуацию, которая даст импульс к возникновению посттравматического стрессового расстройства. Например, сексуальное насилие в зрелости может вызвать посттравматическое стрессовое расстройство у людей, перенесших насилие в детстве.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- У детей с посттравматическим стрессовым расстройством наблюдается постоянная тревога после столкновения с чрезвычайным травматическим событием, таким как угроза смерти, травмы, природная катастрофа или сексуальное насилие.
- У детей с посттравматическим стрессовым расстройством возникают повторные переживания травматического события, они избегают связанных с ним стимулов, у них наблюдается повышенный уровень активации.

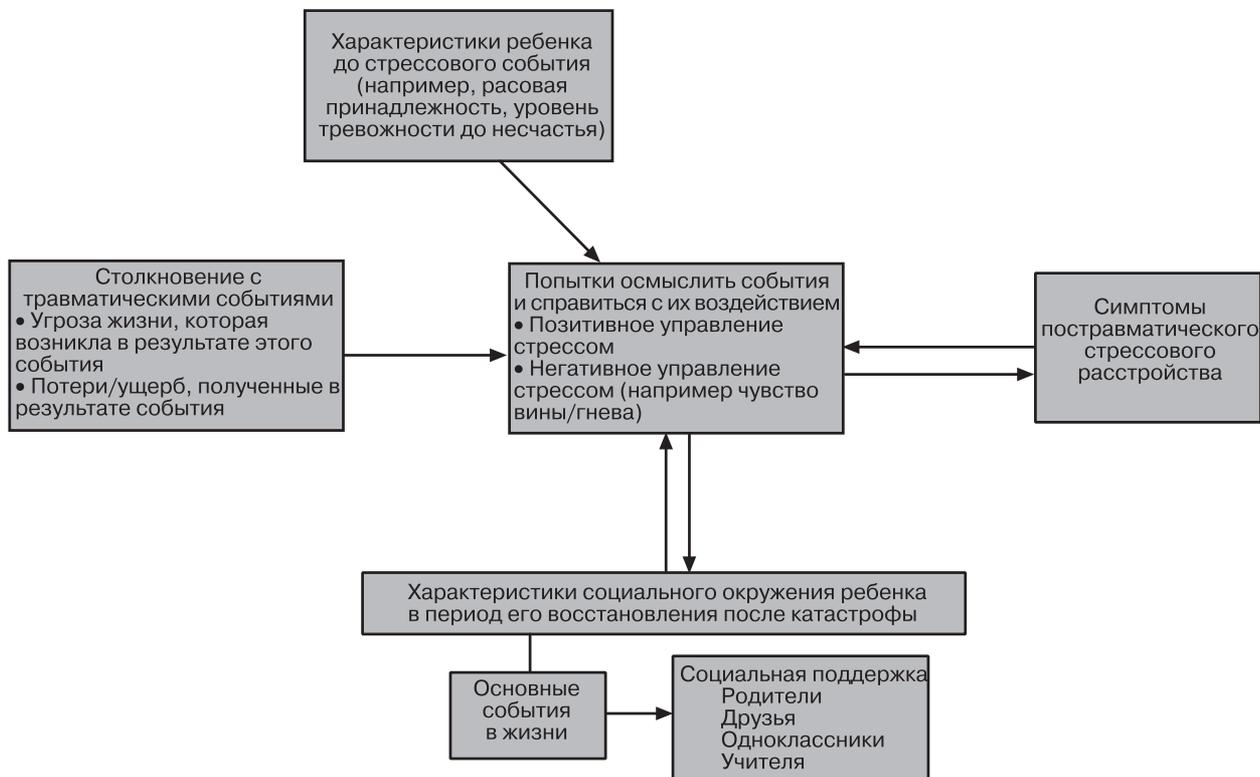


Рис. 7.2. Прогнозирование реакций детей на ураган Эндрю (адаптировано из La Greca et al., 1996).

- Такие катастрофы, как землетрясение, ураган, торнадо, пожар или наводнение одинаково страшны как для детей, так и для взрослых. В разговоре с ребенком важно признавать ужас катастрофы. Обманчивое преуменьшение опасности не ослабит беспокойство ребенка.
- Очень важно, как дети воспринимают и понимают реакцию своих родителей. Дети чаще всего замечают волнение родителей, но детская восприимчивость особенно усиливается во время кризиса. Родители должны делиться с детьми мыслями, которые беспокоят их, а также подчеркивать свою способность справиться с ситуацией.
- Реакция ребенка также зависит от того, с какими разрушениями он столкнулся во время и после катастрофы. Если был ранен или убит его друг, или член его семьи, или если дом или школа ребенка были серьезно повреждены, риск возникновения у ребенка проблем очень велик.
- Реакция ребенка на катастрофу зависит от его возраста. Например, шестилетний ребенок может проявлять свое беспокойство, связанное с катастрофой, отказываясь посещать школу, в то время как подросток может минимизировать свои волнения, но начинает чаще спорить с родителями, и его школьная успеваемость может ухудшиться.

Источник: Американская Академия психиатрии детского и подросткового возраста, 1995.

- Основное различие между острым стрессовым расстройством и посттравматическим стрессовым расстройством заключается в том, что первое является кратковременным, а второе вызывает долгосрочные последствия.

При прогнозировании особенностей протекания посттравматического стрессового расстройства у ребенка в результате природной катастрофы нужно учитывать несколько факторов, в том числе тип травматического события, особенности личности ребенка до стрессового события и возможность получения им социальной поддержки.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Нарушения когнитивных процессов

У большинства детей достижение когнитивной зрелости связано с уменьшением страхов. Тем не менее дети, страдающие тревожными расстройствами, продолжают расценивать события, не несущие угрозу, как угрожающие, что свидетельствует о нарушении процессов восприятия и обработки информации (Daleiden & Vasey, 1997).

Интеллектуальный уровень и успеваемость. Дети с тревожными расстройствами, как правило, обладают нормальным интеллектом. Существуют доказательства сильной связи между тревожностью и уровнем интеллектуального развития. Чрезмерная тревожность может вызывать нарушения когнитивных фун-

кций, связанных с памятью, вниманием, языком и речью. Высокий уровень тревожности может мешать академической успеваемости. Результаты одного исследования показывают, что тревожность в первом классе предопределяет тревожность в пятом классе, которая заметно влияет на успеваемость пятиклассника (Ialongo, Edelsohn, Werthamer-Larsson, Crockett & Kellam, 1995). Тревожность может приводить не только к пропускам занятий, но и мешать решению когнитивных задач, например при прохождении теста или при выполнении задания по математике.

Избирательное внимание. Дети, страдающие тревожными расстройствами, особенно внимательны к той информации, которая может быть связана с потенциальной опасностью. Такая избирательность внимания называется «тревожной бдительностью», или «сверхбдительностью» (Vasey, El-Hag & Daleiden, 1996). Сверхбдительность дает ребенку возможность избегать потенциально опасных событий, обеспечивая раннее распознавание опасности с минимальными усилиями, которые не повышают уровень тревожности. Хотя некоторое время сверхбдительность может приносить пользу, в итоге она дает негативный эффект, сохраняя и увеличивая тревожность и затрудняя процессы обработки информации и процессы управления стрессом, которые необходимы для осознания того, что многие потенциально угрожающие события в конечном счете не так уж и опасны (Vasey et al., 1996).

Когнитивные искажения и ошибки. Столкнувшись с прямой угрозой, тревожные дети, как и дети с нормальным уровнем тревожности, обычно ищут подтверждения информации об опасности и преуменьшают информацию о безопасности. Однако дети с высоким уровнем тревожности часто поступают так перед лицом менее очевидной опасности.

Это дает возможность предположить, что восприятие угрозы активизирует у них стратегию мышления, ищущую подтверждения опасности (Muris, Merckelbach & Damsma, 2000; Muris, Kindt et al., 2000). В главе 6, описывая детей с поведенческими проблемами, мы говорили о том, что они также склонны к негативной интерпретации неоднозначных социальных ситуаций. Основное различие состоит в том, что дети с тревожными расстройствами выбирают избегание как способ реакции на воспринимаемую угрозу, в то время как дети с поведенческими проблемами выбирают агрессивные способы реакции (Bell-Dolan, 1995; Chorhita, Albano & Barlow, 1996).

Нужно отметить, что хотя когнитивные искажения и ошибки связаны с тревожностью у детей, мы не можем рассматривать их как непосредственные причины возникновения тревожных расстройств (L. D. Seligman & Ollendick, 1998).

Физические симптомы

Как мы говорили, у многих детей с тревожными расстройствами возникают соматические проблемы, такие как боли в желудке и головные боли. Подобные жалобы чаще встречаются у детей с паническим расстройством и тревожным расстройством в связи с разлукой, чем у детей со специфическими фобиями. Соматические жалобы чаще возникают у подростков, чем у младших детей, а также у детей, отказывающихся посещать школу. У детей, страдающих тревожными расстройствами, часто наблюдаются нарушения сна. Некоторые могут испытывать *ночную панику*, т. е. резкий переход от сна к состоянию сильной тревоги, похожему на приступ паники в дневное время. Ночные приступы паники обычно возникают у подростков с паническим расстройством. Они мешают возвращению ко сну и живо вспоминаются на следующий день (Craske & Rowe, 1997).

Дефицит навыков социального взаимодействия и навыков обработки эмоциональной информации

Поскольку дети с тревожными расстройствами испытывают страх, связанный с социальным взаимодействием, неудивительно, что у них возникают сложности во взаимоотношениях с другими детьми. Действительно, они обладают низкой социальной компетентностью и высокой социальной тревожностью, и их родители и учителя склонны оценивать их как тревожных и необщительных детей (Chansky & Kendall, 1997; Krain & Kendall, 2000).

По сравнению со своими сверстниками, эти дети более склонны считать себя застенчивыми и замкнутыми. Также им свойственны низкая самооценка, чувство одиночества и трудности в создании и сохранении дружеских отношений. Некоторые из их проблем взаимоотношений со сверстниками связаны со специфическим дефицитом навыков распознавания чужих эмоций, особенно эмоций скрываемых и меняющихся (Southam-Gerow & Kendall, 2000). Как свидетельствуют результаты исследований, сверстники отно-

сятся к детям с тревожными расстройствами неоднородно (P. C. Kendall, Panichelli-Mindel, Sugarman & Gallahan, 1997). Если ребенок с тревожным расстройством страдает еще и депрессией, он, как правило, бывает непопулярен среди сверстников (C. C. Strauss, Lahey, Frich, Frame & Hynd, 1988).

Тревога и депрессия

Говоря о сопутствующих расстройствах, мы выяснили, что риск их возникновения связан с типом или особенностями того тревожного расстройства, которым страдает ребенок. Социофобия, генерализованное тревожное расстройство и тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте чаще связаны с депрессией, чем специфическая фобия. Диагноз депрессии также чаще ставится тем детям, у которых обнаруживается одновременно несколько тревожных расстройств, и тем, у кого возникают серьезные проблемы, связанные с повседневной деятельностью (Bernstein, 1991).

Глубокая, не вызывающая сомнений взаимосвязь между тревогой и депрессией у детей и подростков заслуживает дальнейшего обсуждения (P. C. Kendall & Brady, 1995; Mesman & Koot, 2000a, 2000b). Ведет ли тревога к депрессии, являются ли тревога и депрессия одним и тем же заболеванием с разными клиническими признаками, которые различаются только степенью тяжести, или же тревога и депрессия являются различными заболеваниями, возникающими по различным причинам, но имеющими некоторые общие черты (L. D. Seligman & Ollendick, 1998; Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000)?

Тревога в сочетании с депрессией возникает у детей более старшего возраста, в отличие от тревоги, не сопровождающейся депрессией, которая характерна и для младших детей, и для подростков. В большинстве случаев симптомы тревоги предшествуют симптомам депрессии (Brady & Kendall, 1992; D. A. Cole, Peeke, Martin, Truglio & Seroczynski, 1998). Симптомы тревоги и депрессии могут плохо различаться у младших детей и становятся более различимыми у подростков и у детей, страдающих одним из этих расстройств (D. A. Cole, Truglio & Peeke, 1997; Gurley, Cohen, Pine & Brook, 1996).

Концепция «негативной аффективности» полезна для понимания сходств и различий между тревогой и депрессией (N. J. King, Ollendick & Gullone, 1991a; V. V. Wolfe & Finch, 1987). Негативная аффективность — это постоянное негативное настроение, отражающееся в нервозности, грусти, гневе и чувстве вины. Напротив, позитивная аффективность выражается в таких состояниях, как радость, энтузиазм и энергичность. Негативная аффективность коррелирует с тревогой, и с депрессией, в то время как позитивная аффективность отрицательно коррелирует с депрессией, но является независимой переменной по отношению к тревоге (D. Watson, Clark & Carey, 1988). В общем дети, страдающие тревогой, не отличаются от детей, страдающих депрессией в отношении негативного аффекта, что дает возможность предположить, что лежащая в основе негативная аффективность является

общей как для тревоги, так и для депрессии. Более того, различие между тревожными и депрессивными детьми может заключаться в большей позитивной аффективности детей, страдающих тревожностью (Lonigan, Carey & Finch, 1994). Изучение негативных эмоциональных симптомов у детей в общем подтверждает существование трех различных паттернов тревоги, депрессии и страха, причем тревога соотносится с негативным аффектом, депрессия — с низким позитивным аффектом, а страх — с физиологическим чрезмерным возбуждением (Chorpita, Daleiden, Moffitt, Yim & Umemoto, 2000; Joiner & Lonigan, 2000; Lonigan, Hooc, David & Kistner, 1999).

Внешние факторы, воздействие которых вызывает тревожные расстройства, отличаются от внешних факторов, воздействие которых вызывает депрессивные состояния. Это свидетельствует о том, что тревога и депрессия являются различными заболеваниями. Например, угрожающие жизни события, такие как физическая опасность или риск потерять кого-то из родителей, связаны с симптомами тревоги, но не депрессии. Напротив, смерть члена семьи или стресс в семье, связаны с депрессией, но не тревогой (Eley & Stevenson, 2000).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- У детей, страдающих тревожными расстройствами, могут наблюдаться нарушения когнитивных процессов, связанных с памятью, вниманием, языком и речью.
- Дети, страдающие тревожными расстройствами, особенно внимательны к той информации, которая, по их мнению, может быть связана с потенциальной опасностью. Такая избирательность внимания называется «сверхбдительностью».
- У детей с тревожными расстройствами часто возникают соматические проблемы, такие как боли в желудке и головные боли, а также нарушения сна.
- Дети с тревожными расстройствами считают себя социально отчужденными и одинокими, окружающие могут оценивать их как тревожных и необщительных.
- Существует прочная и не подлежащая сомнению взаимосвязь между тревогой и депрессией у детей и подростков. Различие между тревожными и депрессивными детьми может выражаться в большей позитивной аффективности тревожных детей.

ГЕНДЕРНЫЕ, КУЛЬТУРНЫЕ И ЭТНИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ

Результаты исследований показали, что среди детей и подростков тревожными расстройствами чаще

страдают девочки (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley & Allen, 1998; Mackinaw-Koons & Vasey, 2000).

У шестилетних детей симптомы тревоги встречаются среди девочек в два раза чаще, чем среди мальчиков, и эта диспропорция сохраняется в течение всего детства и подросткового возраста. Однако эти данные следует интерпретировать осторожно, поскольку в качестве альтернативного объяснения нельзя исключить возможность того, что девочки более, чем мальчики, склонны *говорить* о своей тревоге. У подростков гендерные различия в тревожности нельзя объяснить одними лишь психосоциальными факторами, такими как стресс, низкая оценка собственной социальной компетентности или эмоциональная нестабильность. Можно предположить, что большая частота распространенности тревожных расстройств среди девочек, чем среди мальчиков, может быть более связана с генетическими влияниями, нежели с гендерными различиями социальных ролей и опыта (Lewinsohn, Gotlib et al., 1998).

Исследование гендерной ролевой ориентации у детей с тревожными расстройствами обнаружило, что детская оценка собственной ориентации на мужскую гендерную роль (т. е. оценка собственной маскулинности) связана с повышенным уровнем боязливости, так же, как и со специфическими страхами неудачи, критики, медицинских процедур и всего неизвестного (Ginsburg & Silverman, 2000). Напротив, не было обнаружено взаимосвязи между детской оценкой собственной ориентации на женскую гендерную роль и боязливостью. Это свидетельствует о том, что гендерная ролевая ориентация, особенно мужская, может оказывать существенное воздействие на развитие и сохранение страхов у детей.

Немногочисленные кросс-культурные исследования взаимосвязи между культурально-этническими факторами и возникновением тревожных расстройств в детском возрасте не позволяют сделать определенных выводов. Сравнительные исследования *страхов* у афро-американских и белых подростков обнаружили, что эти две группы не имеют особых различий (Ginsburg & Silverman, 1996; Treadwell, Flannery-Shroeder & Kendall, 1994). Однако у афро-американских детей обнаруживается больше симптомов *тревожности*, чем у белых детей (D. A. Cole, Martin, Peeke, Henderson & Harwell, 1998). У белых детей отмечается больше симптомов социофобии и меньше симптомов тревожного расстройства в связи с разлукой, чем у афро-американцев (Compton, Nelson & March, 2000). У детей, принадлежащих к национальным меньшинствам или к малообеспеченным социальным группам, относительно редко выявляются определенные тревожные расстройства, например обсессивно-компульсивное расстройство. Однако это может быть связано с тем, что дети и их родители, принадлежащие к этим социальным группам, менее склонны обращаться за врачебной помощью (Neal & Turner, 1991).

Среди детей, направленных на лечение тревожных расстройств, у белых чаще встречается отказ посещать школу, и для них характерны более острые формы проявления симптомов, а у афро-американ-

цев чаще встречается посттравматическое стрессовое расстройство, и у них наблюдаются более разнообразные страхи (C. G. Last & Perrin, 1993). Хотя обе эти этнические группы одинаково подвержены тревожным расстройствам, между ними наблюдаются различия в способах обращения за помощью, диагностике и терапии. Например, афро-американцы, столкнувшись с симптомами обсессивно-компульсивного расстройства у своих детей, более склонны обращаться за помощью к членам своей общины, например к духовникам или младшему медицинскому персоналу, чем к профессиональным психологам и психиатрам (Hatch, Friedman & Paradis, 1996). Также члены их семей менее склонны придавать серьезное значение обсессивно-компульсивным симптомам детей. Хотя фактор этнической принадлежности не влияет на результаты лечения, он может быть связан с преждевременным прекращением курса лечения (P. C. Kendall & Flannery-Schroeder, 1998).

Исследования, посвященные сравнению фобических и тревожных расстройств у испано-американцев и белых американцев, показали совпадение по многим параметрам, включая возраст возникновения этих расстройств, пол, первичное расстройство, процент детей, отказывающихся посещать школу, а также процент детей, имеющих более одного расстройства. Испано-американские дети чаще имеют первичным диагнозом тревожное расстройство в связи с разлукой. Испано-американцы также считают своих детей более тревожными, чем белые американцы (Ginsburg & Silverman, 1996). Некоторые исследования были посвящены изучению тревожных расстройств у детей коренных американцев. Исследование распространенности тревожных расстройств среди детей индейцев, проводимого на Аппалачах (в основном среди индейцев племени чероки), обнаружило, что тревожные расстройства встречаются у них с той же частотой, как и у детей белых американцев. Наиболее распространенным расстройством для этих двух групп является тревожное расстройство в связи с разлукой. Частота выявления тревожного расстройства в связи с разлукой немного выше у детей коренных американцев, особенно у девочек (Costello, Farmer, Angold, Burns & Erkanli, 1997).

Хотя кросс-культуральные исследования тревожных расстройств в детском возрасте немногочисленны и ограничены по своему охвату, специфические страхи у детей наблюдались практически во всех культурах. Страхи, возникающие в процессе индивидуального развития (например, боязнь громких звуков или страх разлуки с близким человеком), появляются у детей всех культур примерно в одинаковом возрасте. Детали могут варьировать от культуры к культуре, но в общем дети всех культур испытывают схожие страхи. Гендерные различия также наблюдаются у детей всех культур. Однако культурные факторы могут влиять на проявление симптомов и особенности протекания тревожных расстройств. (Ingman, Ollendick, & Akande, 1999). Культуры, ценящие соблюдение запретов, уступчивость и послушание, увеличивают число страхов у детей (Ollendick, Yang, King, Dong & Akande, 1996).

Например, уступчивость и способность к саморазвитию — качества, которым в Китае придается большое значение, — могут являться причиной увеличения уровня общего дистресса и специфических страхов (например страхов, связанных с возможной негативной социальной оценкой) (Dong, Yang & Ollendick, 1994).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Девочки проявляют симптомы тревоги примерно в два раза чаще, чем мальчики. Это различие проявляется у детей, начиная с шестилетнего возраста.
- Культурные и этнические факторы могут влиять на проявление симптомов и особенности протекания тревожных расстройств у детей.

ТЕОРИИ И ПРИЧИНЫ

В течение многих лет были созданы различные теории, в которых обосновывались причины возникновения страхов и тревоги у детей. В качестве главных причин рассматривали высокую тревожность родителей и их жестокое обращение с ребенком, особенности формирования условных рефлексов (обусловливание) и врожденные инстинкты. Первыми исследованиями детских страхов и тревоги являются описанный Фрейдом (Freud) случай маленького Ганса, ставший классическим, проведенный Уотсоном (J. B. Watson) и Рэйнером (Rayner) (1920) эксперимент по обусловливанию страха у маленького Альберта и монументальные работы Боулби (Bowlby, 1973), посвященные ранней привязанности и потере. Хотя каждая из этих теорий вызывала множество споров с самого момента возникновения, все они до сих пор оказывают влияние на наши представления о тревоге.

Ранние теории

Классическая психоаналитическая теория рассматривает тревоги и фобии как защиту от неосознанных конфликтов, возникающих в ранний период воспитания ребенка. Определенные внутренние импульсы, воспоминания и ощущения настолько болезненны, что должны быть вытеснены и перемещены на внешние объекты или быть символически ассоциированы с реальным источником тревоги. Таким образом, тревога и фобии защищают ребенка от неосознанных влечений и желаний. Наиболее известным клиническим случаем фобии, описанным Фрейдом, была боязнь лошадей у пятилетнего маленького Ганса. Как полагал Фрейд, маленький Ганс неосознанно чувствовал, что соревнуется со своим

отцом за любовь матери, и боялся мщения со стороны отца (комплекс Эдипа). Страх Ганса был вытеснен и перемещен на лошадей, символизировавших отца, который может кастрировать мальчика. Для Ганса было менее болезненно бояться чего-то определенного, чем страдать от тревоги, не имеющей очевидного основания.

Бихевиоральные теории и теории научения утверждают, что страхи и тревоги приобретаются путем классического формирования условных рефлексов (классического обусловливания). В случае маленького Альберта Уотсон (J. B. Watson) и Райнер (Rayner) создали поведенческий паттерн, очень похожий на фобию, связанную с крысами. Они утверждали, что страхи приобретаются путем ассоциативного усвоения. Сохранение фобий объясняли оперантным обусловливанием (выработкой инструментальных условных рефлексов). Существует принцип, согласно которому поведенческий паттерн повторяется, если действие подкрепляется или вознаграждается. После возникновения фобии вознаграждение следует автоматически в виде мгновенного облегчения всякий раз, когда ребенок избегает объекта или ситуации, которые страшат его. Таким образом, путем негативного подкрепления избегание пугающих стимулов становится приобретенной реакцией, сохраняющей страх ребенка даже при отсутствии источника опасности. Сочетание классического и оперантного обусловливания в возникновении и сохранении страхов описано в так называемой *двухфакторной теории* (Mowrer, 1947).

Теория привязанности Боулби (Bowlby) предлагает совершенно иное объяснение детских страхов. Согласно теории привязанности, бесстрашие у детей биологически зависит от эмоциональной привязанности, необходимой для выживания. Дети должны быть близки к тем, кто заботится о них, чтобы их физиологические и эмоциональные потребности удовлетворялись. Поведенческие паттерны привязанности, такие как плач, страх перед незнакомыми людьми и напряжение, представляет собой активные действия, предпринимаемые младенцем для сохранения или восстановления близости с человеком, заботящемся о нем. Разлука по мере взросления ребенка переносится все легче. Однако те дети, которых очень рано разлучили с матерью, которые переносили жестокое обращение или потребности которых регулярно не удовлетворялись, проявляют нетипичные реакции на разлуку и воссоединение. Ранняя слабая привязанность сохраняется (интернализуется) и определяет восприятие ребенком других людей и окружающего мира. У детей, считающих окружающий мир ненадежным, недоступным, враждебным или угрожающим, может впоследствии возникнуть сильная тревожность и формироваться поведенческие паттерны избегания.

Ни одна из теорий сама по себе не является достаточной для объяснения разнообразных форм тревожных расстройств у детей, различного проявления этих расстройств у разных детей, или варьирования их последствий со временем. Важно понимать, что разные тревожные расстройства могут возникать по раз-

ным причинам. В отличие от ранних теорий, современные гипотезы подчеркивают важность взаимодействия биологического воздействия и влияния окружающей среды (Zahn-Waxler et al., 2000). Теории, в которых четко сформулированы причины возникновения тревожных расстройств у детей, только начинают появляться (Chorpita & Barlow, 1998).

Темперамент

Однажды я посетил группу дошкольников в детском саду, где заметил маленького белого мальчика, тихонько подкравшегося сзади к девочке-китайке, шедшей впереди него. Мальчик незаметно подобрался к ней на расстояние полуметра, остановился и, набрав полную грудь воздуха, крикнул: «У-у-у!» Хотя я видел его приближение, я вздрогнул от неожиданности, такой силы был крик. Однако к большому моему удивлению «жертва» практически не отреагировала на него. Напротив, миниатюрная китайка не спеша развернулась, посмотрела на мальчика (ошеломленного неожиданным проявлением бесстрашия) и с улыбкой на лице спокойно произнесла: «Так надо мной уже шутили». Затем она развернулась и пошла дальше, а маленький мальчик плелся за ней, как щенок (думаю, он был влюблен).

Этот эпизод свидетельствует о том, что дети (как и взрослые) заметно различаются в своих реакциях на новые или неожиданные события. Возможно, реакции их зависят от устойчивости нервной системы, от пола, усвоенных культурных стереотипов поведения, приобретенного опыта (например опыта общения с надоедливым младшим братом) или же от сочетания нескольких факторов. Как отреагируете вы, если кто-то подкрадется к вам сзади и завопит: «У-у-у!»?

Готовность реагировать на новые или незнакомые события является отличительной чертой всех млекопитающих. Ориентировка, слежение, настороженность, осмотрительность и моторная готовность к реакции на незнакомые стимулы являются важными факторами, необходимыми для выживания. Согласно эволюционной концепции, чрезмерные страхи и тревоги частично отражают различия между младенцами в первых поведенческих реакциях на новые стимулы (Kagan, 1997).

Эта вариативность реакций вызвана врожденными различиями в нейрохимии структур мозга, которые, как считается, играют важную роль в распознавании новых событий (Kagan, Snidman, Arcus & Reznic, 1994). В их числе: миндалевидное тело и его соединения с моторной зоной коры, поясная и фронтальная кора, гипоталамус и симпатическая нервная система. Результаты исследований (см. врезку 7.5) свидетельствуют о том, что дети, обладающие высоким порогом чувствительности к новым стимулам, как та маленькая девочка в описанном мною случае, предположительно имеют незначительный риск формирования тревожных расстройств. Другие дети появляются на свет с врожденным низким порогом чувствительности к новым стимулам, и имеют тен-

денцию устраняться от них. У некоторых детей эта тенденция превращается в устойчивую черту и является возможным фактором риска приобретения в будущем тревожных расстройств (Kagan & Snidman, 1999; Rubin & Stewart, 1996; Schwartz, Snidman & Kagan, 1999).

Однако нельзя говорить о прямой связи между повышенной реактивностью и тревожными расстройствами. Хотя заторможенность и проявление страха в младенчестве и детстве могут влиять на возникновение тревожных расстройств, такой исход бывает далеко не во всех случаях (Prior, Smart, Sanson & Oberklaid, 2000). Возникновение тревожного расстройства, возможно, зависит от того, в какой среде воспитывается ребенок, и способствует ли эта среда развитию его страхов (Kagan, Snidman, & Arcus, 1992). Например, использование родителями жестких ограничений, которые позволяют ребенку справляться со стрессом, могут снизить риск высокой тревожности. Напротив, родители, из самых добрых побуждений чрезмерно защищающие своего чувствительного ребенка от стрессовых событий, могут непреднамеренно усилить его робость. Они предупреждают столкновение ребенка со страхами и тем самым позволяют ему избегать их. Подобные

тенденции распространены у родителей заторможенных детей (Hirshfield et al., 1992; Rosenbaum et al., 1991b). Таким образом, у заторможенных детей высокий риск тревожных расстройств обусловлен не только врожденными качествами, но и возможным влиянием семьи, которая чрезмерно защищает ребенка от стрессовых событий (S. M. Turner, Beidel, & Wolff, 1996).

Генетические и семейные факторы риска

«Я всегда была застенчивой... Теперь я замечаю, что моя дочь очень похожа на меня. Может быть, я неправильно ее воспитывала?»
(Beidel & Turner, 1998, стр. 67)

Результаты семейных и близнецовых исследований свидетельствуют о том, что существует биологическая предрасположенность к тревожным расстройствам, и детская склонность к повышенной реактивности, напряженности или боязливости пе-

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 7.5

Врожденная предрасположенность к страху и реактивности

Новые, весьма интересные результаты были получены в исследовании, проводившемся Джеромом Каганом (Jerome Kagan). Он обнаружил, что около 20% четырехмесячных младенцев становились очень активными и испытывали сильный дистресс, когда перед их лицами начинали раскачивать ярко раскрашенные игрушки, ставили им запись голосов, произносящих короткие предложения, или подносили к их носам тампоны, смоченные алкоголем. Каган назвал таких детей **высокреактивными — заторможенными**. Напротив, 40% младенцев оставались спокойными и не начинали волноваться и плакать, сталкиваясь с теми же незнакомыми стимулами. Эти дети были названы **низкреактивными — незаторможенными**. Отличия между этими двумя группами, как полагает автор, вызваны разным для каждой группы уровнем возбудимости миндалевидного тела и структур мозга, связанных с ним.

Позже эти же дети в возрасте 14 месяцев и 21 месяца наблюдались в лабораторных условиях в разнообразных ситуациях. Около трети высокреактивных и лишь 4% низкреактивных детей проявляли сильный страх. Когда эти дети достигли 4 и 5 лет, высокреактивные меньше, чем низкреактивные, говорили и реже улыбались в незнакомой лабораторной ситуации, проявляя тем самым более высокий уровень страха.

Однако лишь небольшой процент детей сохранили свою высокую реактивность с четырехмесячного до пятилетнего возраста. Например, лишь около 20% высокреактивных проявили сильный страх в 14 месяцев и в 21 месяц, а также меньше говорили и улыбались в 4–5 лет. Вероятно, эти изменения обусловлены семейными влияниями. Резким контрастом является то, что ни один низкреактивный ребенок не обнаружил устойчивого паттерна страха и эмоциональной заторможенности, и лишь один низкреактивный младенец проявил устойчивый паттерн заторможенности. Таким образом, одному типу характера несвойственно развивать и удерживать основные черты другого типа, но ребенок любого типа характера может развивать более сглаженные профильные характеристики, оказываясь ни робким, ни очень смелым.

Высокреактивные младенцы, оказавшиеся очень заторможенными в возрасте 4 лет (около 20% всех высокреактивных) имеют низкий порог реакции страха на незнакомые ситуации и на незнакомых людей. Будет ли наблюдаться у этих детей более высокий риск формирования тревожного расстройства, когда они станут подростками или взрослыми? Если так, то расстройства какого типа могут у них возникнуть? Беседы с 13–14-летними подростками дают основания предположить, что социофобия более часто встречается у заторможенных, чем у незаторможенных подростков, в то время как специфические фобии, тревожное расстройство в связи с разлукой и компульсивные симптомы одинаково распространены в обеих группах.

Источник: адаптировано из Kagan, 1997.

редается генетическим путем (DiLalla, Kagan, & Reznic, 1994).

Однако в настоящее время немногие исследования подтверждают прямую связь между специфическими генетическими структурами и определенными типами тревожных расстройств. Генетические влияния сочетаются с влиянием определенных физиологических и социальных факторов.

Близнецовые исследования обнаружили, что тревожные расстройства значительно чаще наблюдаются у обоих монозиготных близнецов, чем у дизиготных (Andrews, Stewart, Allen & Henderson, 1990). Однако пары монозиготных близнецов не всегда страдают одними и теми же тревожными расстройствами. Эти данные согласуются с точкой зрения, согласно которой тип тревожного расстройства зависит не только от наследственной предрасположенности, но и от воздействия факторов окружающей среды.

В целом результаты близнецовых исследований и исследований усыновленных детей и подростков доказывают следующее (Eley, 1999):

- Одна треть случаев возникновения тревожных расстройств в детском возрасте связана с влиянием генетических факторов.
- Генетическое влияние на уровень тревожности может увеличиваться с возрастом.
- Наследственная предрасположенность к тревожности обнаруживается чаще у девочек, чем у мальчиков.
- Негативные семейные факторы, например: психопатология матери, неэффективные родительские отношения или бедность, оказывают заметное влияние на статистику тревожных расстройств у детей и подростков.

Два доказательства подтверждают то, что тревожные расстройства затрагивают всю семью. Первое: родители детей с тревожными расстройствами имеют более высокий уровень тревожных расстройств в прошлом и настоящем. Второе: у детей, чьи родители страдают тревожными расстройствами, наблюдается повышенный риск возникновения этих заболеваний. В основном семейные исследования обнаруживают четкую взаимосвязь между тревожными расстройствами у детей и тревожными расстройствами у ближайших родственников. Дети, чьи родители имеют тревожные расстройства, в 5 раз чаще страдают этими заболеваниями, чем дети, чьи родители не имеют тревожных расстройств (Beidel & Turner, 1997). Однако вовсе не обязательно, что они будут страдать теми же расстройствами (Mancini, van Ameringen, Szatmari, Fugere & Boyle, 1996). Около 70% детей, чьи родители страдают агорафобией, проявляют симптомы тревожности и депрессивности. По сравнению с другими детьми у них возникает больше страхов, для них характерен более высокий уровень тревожности и менее развитые способ-

ности контролировать стрессовую ситуацию. Однако у детей, чьи родители страдают агорафобией, это заболевание встречается не чаще, чем у детей, чьи родители не страдают агорафобией, что свидетельствует о наличии общей предрасположенности к тревожным расстройствам в семье. (Capps, Sigman, Sena, & Henkler, 1996).

Нейробиологические факторы

Из всех структур мозга, функционирование которых связывают с возникновением тревожных расстройств, чаще всего говорят о лимбической системе, соединяющей ствол и корковые отделы (Sallee & Greenawald, 1995). Ствол мозга, отслеживающий и воспринимающий сигналы о потенциальной опасности, передает их затем в высшие корковые центры через лимбическую систему. Эта система мозга называется системой торможения поведения. Считается, что у детей, страдающих тревожными расстройствами, она является сверхактивной (Barlow & Durand, 1995).

Группа нейронов, расположенных в постганглионарной зоне, или так называемой «синей зоне» мозга (locus ceruleus), является основным источником норадренина, тормозящего нейротрансмиттера. Считается, что сверхактивация этой зоны вызывает реакцию страха, а недостаточная активация ведет к невнимательности, импульсивности и излишнему риску. Аномалии этих систем связаны с состояниями тревоги у детей (Sallee & Greenawald, 1995).

Из всех нейротрансмиттеров, нарушения которых связывают с возникновением тревожных расстройств, чаще всего говорят о системе гамма-аминомасляной кислоты.* Нейропептиды обычно рассматриваются как модуляторы ожидания стресса, аномальная регуляторная деятельность которых может играть некоторую роль в формировании и развитии тревожных расстройств (Sallee & Greenawald, 1995). В последнее время свойственные для тревожных расстройств у взрослых личностные характеристики связывали с аберрацией гена, обеспечивающего транспортировку серотонина (5-НТТ). Хотя эти гены несут небольшую часть наследственной информации, их аберрации привлекают к себе внимание, поскольку с тревогой связано повышение уровня серотонина. И именно на изменение уровня серотонина направлено действие широко распространенных антидепрессантов и других медикаментов, применяющихся при лечении тревожных расстройств (Lesch et al., 1996).

Влияние семьи

Удивительно мало известно о связи между стилями родительского воспитания или семейными факторами и тревожными расстройствами. Родителей тревожных детей часто описывают как очень суетливых,

* Гамма-аминомасляная кислота является нейротрансмиттером тормозных синапсов ЦНС. — *Примеч. ред.*

назойливых или ограничивающих свободу своих детей. Наблюдение за взаимодействием 9–12-летних детей, страдающих тревожными расстройствами, со своими родителями, выявило, что родители таких детей предоставляли им меньше самостоятельности, чем другие родители; сами дети оценивали своих родителей как менее благожелательных к ним (Sigueland, Kendall & Steinberg, 1996). Другие исследования показали, что матери детей, проявлявших заторможенность, более склонны использовать критику в общении со своими детьми, и что чрезмерная эмоциональность в воспитании связана с повышенным риском развития у детей тревожного расстройства в связи с разлукой (Hirshfield, Biederman, Brody & Faraone, 1997; Hirshfield, Biederman & Rosenbaum, 1997). Эти результаты в целом подтверждают точку зрения, согласно которой чрезмерный родительский контроль как стиль родительского воспитания связан с тревожными расстройствами у детей, хотя мы не знаем, можно ли отнести этот стиль к основным причинным факторам (Chorpita & Barlow, 1998; Rapee, 1997).

Родители детей с тревожными расстройствами не только более склонны контролировать своих детей, чем другие родители, они также имеют тенденцию негативно оценивать их способности. Например, когда ребенку предлагали записать свою речь на видеопленку, матери детей, страдающих тревожными расстройствами, полагали, что их дети растеряются и не сумеют совладать с подобной ситуацией (Kortlander, Kendall & Panichelli-Mindel, 1997).

Вероятно, родительские установки не только влияют на взаимодействие с ребенком, но и сами изменяются в результате взаимодействия, во время которого возникает обратная связь, и родители так же, как и ребенок, пересматривают свои ожидания и свое поведение (Barrett, Rapee, Dadds & Ryan, 1996; Dadds, Barrett & Rapee, 1996).

Сами по себе тревожные расстройства у родителей могут не приводить к повышенному риску развития тревожных расстройств у детей, если родители принадлежат к высокому или среднему социально-экономическому классу, но могут увеличивать риск заболевания детей тревожными расстройствами, если родители принадлежат к низшему социально-экономическому классу (Beidel & Turner, 1997). Эти данные согласуются с гипотезой, согласно которой генетическая предрасположенность некоторых детей к тревожным расстройствам может актуализироваться в контексте специфических жизненных обстоятельств, таких как частые стрессы, возникающие в семьях с низким уровнем доходов. Дети с врожденной предрасположенностью к тревожным расстройствам могут быть особенно уязвимы перед авторитарным родительским стилем воспитания, который часто наблюдается в семьях, принадлежащих к низкому социально-экономическому классу. Эти дети чрезвычайно чувствительны к наказаниям, особенно к физическим, сталкиваясь с которыми могут стать сверхбдительны к враждебным стимулам и развить агрессивные или защитные реакции (Colder, Lochman & Wells, 1997).

Непрочная ранняя привязанность может являться фактором риска возникновения тревожных расстройств (Bernstein et al., 1996; Manassis & Bradley, 1994). Было обнаружено, что матери, страдающие тревожными расстройствами, сами имели непрочную привязанность, и у их детей также наблюдается непрочная привязанность в 80% случаев (Manassis, Bradley, Goldberg, Hood & Swinson, 1994). Детям с амбивалентной привязанностью чаще ставят диагноз тревожного расстройства в детстве и подростковом возрасте (Bernstein et al., 1996). Непрочная привязанность не является специфическим фактором риска, поскольку у многих младенцев с непрочной привязанностью впоследствии формируются иные, отличные от тревожных расстройства (например поведенческие расстройства, связанные с деструктивным поведением), а у многих не отмечается никаких расстройств.

По поводу определения детских тревожных расстройств в Руководстве DSM возникают многочисленные споры. Одни подчеркивают сходства этих расстройств, а другие акцентируют внимание на их различиях (Pine, 1997). Мнение первых подтверждается наличием общих характеристик, а также общих генетических и гендерных факторов риска (с последними связана значительно большая распространенность тревожных расстройств среди девочек). Мнение других учитывает описанные нами различия в течении и последствиях тревожных расстройств, а также различия между детьми и взрослыми в биологических коррелятах этих заболеваний (Pine et al., 2000). Дети, страдающие тревожными расстройствами, чаще всего проявляют симптомы, общие для нескольких расстройств, вместе с другими симптомами, свойственными лишь имеющемуся у них расстройству.

Поскольку не существует интегративных моделей, объясняющих тревожные расстройства у детей, мы предлагаем возможную модель развития этих расстройств, показанную на рис. 7.3. У детей с врожденной предрасположенностью к тревожности или страху ощущение небезопасности окружающего мира может создать психологическую уязвимость перед тревогой. Едва возникнув, тревога подпитывает сама себя. Тревога и избегание не исчезают даже после того, как стрессоры, вызвавшие их, прекращают свое воздействие. Многие дети, страдающие тревожными расстройствами, избавляются от них, став взрослыми. Поэтому очень важно определить степень риска и защитные факторы, которые позволят объяснить различия в последствиях тревожных расстройств (Pine & Grun, 1999).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Ни одна из теорий сама по себе не является достаточной для объяснения существующих различных форм тревожных расстройств у детей.
- Ранние теории рассматривали тревогу как защиту от неосознанного конфликта, как приобре-

тенную реакцию или как адаптивный механизм, необходимый для выживания.

- Некоторые дети появляются на свет с предрасположенностью к сильному волнению и отстранению в ответ на воздействие новых стимулов. У некоторых из них эта предрасположенность формирует устойчивую характеристику и является возможным фактором риска приобретения в будущем тревожных расстройств.

- Семейные и близнецовые исследования позволяют предположить наличие биологической предрасположенности к тревожным расстройствам.

- Тревога связана со специфическими нейробиологическими процессами, локализованными, вероятно, в структурах, включающих ствол мозга, лимбическую систему и фронтальную кору.

- Чаще всего с тревожными расстройствами у детей связаны стили родительского воспитания, характеризующиеся чрезмерным контролем и жесткими убеждениями.

- Дети, страдающие тревожными расстройствами, чаще всего демонстрируют симптомы, общие для нескольких расстройств, вместе с другими симптомами, свойственными лишь имеющемуся у них расстройству.

ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Кэнди: Страшно глотать

Одиннадцатилетняя Кэнди была госпитализирована в связи с дегидратацией. Ее голос дрожал, а глаза расширились от страха, когда она рассказывала, как ее доставили на скорой помощи в реанимационное отделение больницы после того, как она потеряла сознание. Она была смущена тем, что такое простое действие, как прием пищи, было для нее почти невыполнимым. Однако ее пугала одна только мысль о том, чтобы попытаться что-нибудь съесть или выпить. Кэнди вовсе не хотела худеть, и она отчаянно желала быть «такою же, как все дети». После беседы с Кэнди стало очевидно, что она боялась есть из страха, что ее вырвет в присутствии других людей. Ее фобия началась, когда она не смогла есть вместе с другими детьми. Затем страх усилился и быстро развился до такого состояния, что она вообще не могла есть. Кэнди не страдала расстройством приема пищи — у нее была тяжелая социофобия.

Поскольку большинство страхов и тревог не связано с тяжелыми нарушениями, решить, достаточно ли серьезна тревога ребенка, чтобы обращаться за терапевтической помощью, не так просто. Хотя тревож-

ные расстройства очень мешают нормальной деятельности ребенка и его семье, они редко угрожают жизни. Дети с тревожными расстройствами могут быть замкнутыми, чрезвычайно тихими, застенчивыми, уступчивыми, поэтому их страдания зачастую остаются незамеченными. В некоторых случаях родители обращаются за помощью, когда ребенок бывает уже не в состоянии ходить в школу и общаться со сверстниками и другими людьми. Если ребенок настолько боится пауков или собак, что каждый раз при выходе из дома его охватывает ужас, независимо от того, имеется ли рядом паук или собака, значит, ему срочно требуется помощь специалистов. Терапевтическое вмешательство бывает необходимо и в тех случаях, когда родители раз за разом вынуждены учитывать болезненное состояние ребенка, принимая важные решения, которые влияют на жизнь семьи, например: не ходить в походы, не летать на самолетах, не уезжать на каникулы. В отличие от детей, деструктивное поведение которых раздражает или оскорбляет окружающих, дети с тревожными расстройствами, как правило, не доставляют неприятностей и в результате получают куда меньше внимания специалистов, чем дети с поведенческими проблемами. Однако, несмотря на многие сложности, тревожные расстройства поддаются лечению (Р. С. Kendall, Chu, Pimental & Choudhury, 2000).

В 1924 г. Мэри Кавер Джонс (Mary Cover Jones) достигла заметных успехов, работая с трехлетним Питером, который боялся кроликов. Она избавила Питера от страха, раз за разом показывая ему кролика, когда мальчик находился в состоянии релаксации, уговаривая его наблюдать за тем, как другие дети играли с кроликом, и вознаграждая его за приближение к кролику. Подобные терапевтические техники используются и по сей день. Бихевиористские и когнитивные методы направлены на приобретение детьми навыков управления ситуацией, что, в общем, позволяет ослаблять реакции тревожного избежания и оптимизировать возможности ребенка (Р. С. Kendall, 1992). Раннее вмешательство может предотвратить такие проблемы, как потеря друзей, ухудшение социального взаимодействия и успеваемости, а также не допустить формирование низкой самооценки и возникновение депрессии (Spence & Dadds, 1996). Также для помощи детям с тревожными расстройствами используются медикаментозные методы лечения (Rapoport, 1998). Многообещающей выглядит семейная терапия (N. J. King & Ollendick, 1997; Toren et al., 2000).

Обзор

«У тех, кто опасается неизвестного, робость всегда уменьшается, если события, вызывающие ее, повторяются раз за разом, пока не перестают заставлять врасплох».
Йоримото-Таши, 1916

Исследования последних десятилетий, проводившиеся с использованием различных методов, под-

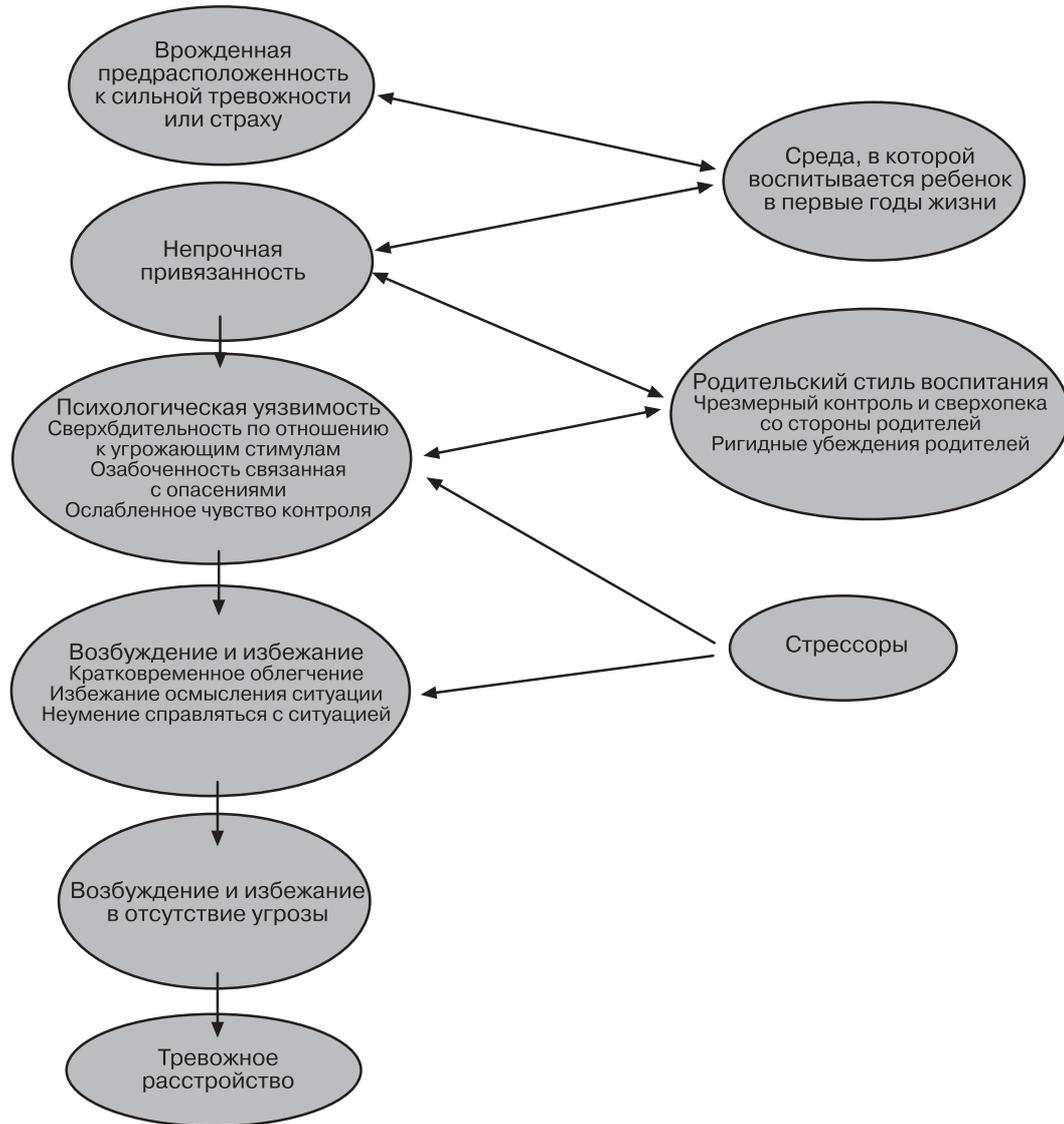


Рис. 7.3. Возможная модель развития тревожных расстройств.

тверждают известное изречение о том, что лучшим способом справиться со своими страхами является встреча с ними лицом к лицу. Хотя специфические методики могут варьироваться, столкновение детей с ситуациями, объектами и событиями, которые вызывают у них тревогу, является основной целью любого вида терапии тревожных расстройств (Barrios & O'Dell, 1998; M. Moore & Carr, 2000). Здесь уместно вспомнить трехкратного чемпиона мира по боксу в тяжелом весе Эвандера Холифилда (Evander Holyfield). Когда ему было всего 17 лет, он встретился со своими страхами, но сумел преодолеть их (см. врезку 7.6).

Методы лечения тревожных расстройств направлены на разрешение четырех основных проблем (Barlow, 1988):

- Нарушение процесса переработки информации.
- Физиологические реакции на воспринимаемую угрозу.
- Недостаток контроля.
- Неадекватные реакции борьбы и бегства.

Терапевтические методы пытаются разрешить эти проблемы разными способами (Ollendick & King, 1998). Важно, чтобы вмешательство правильно учитывало все проявляемые ребенком симптомы (Eisen & Silverman, 1993). В следующих разделах мы рассмотрим наиболее часто используемые методы лечения тревожных расстройств, включая бихевиоральную терапию, когнитивно-бихевиоральную терапию,

пию, медикаментозные методы и семейное вмешательство.

Бихевиоральная терапия

Бихевиоральная терапия, направленная на лечение фобий и тревожных расстройств, использует несколько техник, одна из которых называется **техника внешнего воздействия**. При этом ребенок сознательно сталкивается с пугающей ситуацией и пытается справиться с ней. Таким образом купируется реакция спасения или бегства. Этот метод помогает примерно 75% детей с тревожными расстройствами (W. K. Silverman & Kurtiness, 1996b).

Обычно лечебный процесс проводится поэтапно и называется **градуальным воздействием**. Ребенок совместно с терапевтом составляет перечень ситуаций, внушающих ему страх, от наименее до наиболее тревожных. Затем ребенка просят оценить дистресс, который возникает в каждой из указанных ситуаций, по десятибалльной шкале; это называется присвоением Субъективных Значений по Шкале Дистресса (SUDS), или термометром страха. После этого ребенок подвергается воздействию каждой из ситуаций, начиная с той, которая вызывает наименьший дистресс, и продвигаясь вверх по иерархическим ступеням, насколько позволяет уровень тревожности. Термометр страха десятилетнего Веймана, страдавшего обсессивно-компульсивным расстройством, представлен в табл. 7.10.

Ситуация, в которой дверь туалета, расположенного в спальне Веймана, оставалась открытой, вызвала у него тревогу с Субъективным Значением по Шкале Дистресса (SUDS), равным восьми. Во время терапевтического сеанса ему предлагалось представить себе ситуацию, в которой он укладывается спать.

Терапевт: Уже поздний вечер. Твои родители укрыли тебя одеялом, и сами отправились спать. Ты протягиваешь руку, чтобы выключить лампу, стоящую рядом на тумбочке, и замечаешь, что дверь в уборную приоткрыта ровно настолько, чтобы что-то могло вползти в твою комнату и выползти из нее.

В дальнем углу темно, и тебе кажется, там что-то есть. Ты выключаешь свет и ложишься. Из туалета доносится странный звук, как будто кто-то скребет когтями по полу. Как ты оцениваешь эту ситуацию?

Вейман (указывает на термометр страха): Семь.

Терапевт: Оставайся на этой точке. Скажи мне, что происходит потом.

Вейман: Дверь туалета приоткрывается пошире, и теперь я знаю, что там кто-то есть. Он может подобраться ко мне. Это монстр.

Терапевт: Тебя бросает в пот. Тебе очень хочется встать, подойти к двери и закрыть ее, но ты остаешься в кровати. Ты закрываешь глаза, но звуки не прекращаются. Кажется, они приближаются к тебе. Ты открываешь глаза и видишь ужасное лицо, с красными глазами, смотрящими на тебя. Тебе хочется закричать, но ты знаешь, что не можешь этого сделать. Как теперь ты оцениваешь ситуацию?

Вейман: Восемь. Это самое тяжелое.

Терапевт: Хорошо, сохрани это впечатление.

(Адаптировано из Albano et al., 1995.)

В рамках бихевиорального метода лечения детских тревожных расстройств используется другая техника, которая называется **систематической десенсибилизацией** (под которой подразумевается восстановление нормального психического состояния). Курс лечения состоит из трех этапов: ребенка учат расслабляться,

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 7.6

Эвандер Холифилд: Лучший способ справиться со страхом — это встретиться с ним

Эвандер Холифилд, трехкратный чемпион мира по боксу в тяжелом весе, имеет репутацию бесстрашного человека, который не боится потерпеть неудачу или получить травму. Холифилд гордится своим мужеством, потому что с детства он испытывал сильный страх, который сумел преодолеть. С восьми лет, когда он начал заниматься боксом, и до семнадцати лет его терзала постоянная тревога — Холифилду казалось, что над ним будут издеваться. «Я боялся делать практически все, но особенно — боксировать, — признается он. — Я не знаю, с чего это началось, но мне было очень страшно. Не понимаю, как я сумел остаться в боксе. Но я выиграл множество боев, не получая серьезных травм. Мои мучения все увеличивались, и я решил, что уйду из бокса до того, как мне исполнится, скажем, восемнадцать. Наблюдая за другими боксерами, я понял, что рано или поздно мне придется получить травму — мне разобьют лицо, и я буду весь в крови. Я должен был уйти из бокса до того, как это могло случиться со мной».

Однако когда Холифилду было семнадцать, он пропустил внезапный хук слева. Все его тело пронзила резкая боль и он потерял на некоторое время сознание. Но придя в себя, Холифилд нашел силы подняться, продолжить раунд и победить своего соперника. Этот поединок уже походил на бой профессионалов.

Прошло несколько часов, и его мысли обрели некоторую ясность. А ночью во сне он вновь увидел, как пропускает мощнейший удар, падает, поднимается и побеждает противника. Удивительно, но теперь он не чувствовал боли. «Я никогда больше не буду бояться», — говорит Эвандер Холифилд.

Источник: адаптировано из Sports Illustrated, 30 июня 1997.

Таблица 7.10
Пример иерархии страхов

Вейман: обсессивно-компульсивное расстройство

Ситуация	Рейтинг SUDS
Непроверенное расписание уроков	10
Оставленная открытой дверь туалета, расположенного в спальне	8
Лежащие «не в том порядке» книги в портфеле	7
Находящиеся «не на своих местах» средства гигиены в ванной комнате	6
Не переписанная начисто домашняя работа	5
Отсутствие попыток включения и выключения света три раза подряд	3

Источник: адаптировано из Piacentini, 1997.

составляется иерархия страхов, и в тот момент, когда ребенок остается в расслабленном состоянии, последовательно предъявляются стимулы, вызывающие тревогу. После многократных повторов ребенок чувствует себя расслабленным в присутствии стимулов, которые ранее вызывали тревогу.

Кроме этого используется техника **погружения**. Воздействие производится пролонгированными и повторяющимися дозами. На протяжении всего процесса ребенок находится в ситуации, вызывающей тревогу. Воздействие продолжается до тех пор, пока ребенок не сообщит об уменьшении уровня тревожности. Техника наводнения обычно используется в сочетании с техникой **предупреждения реакции**, которая позволяет купировать реакцию борьбы и бегства. Техника наводнения может вызвать у ребенка более негативное отношение, чем любой иной подход, особенно на ранних стадиях терапии. Эту технику нужно использовать со всей осторожностью, особенно с маленькими детьми, которые могут не понимать ее рациональную основу.

Методы терапии, основанные на внешнем воздействии, предусматривают разные способы столкновения ребенка с пугающим объектом. Это может быть моделирование реальной ситуации, ролевая игра, воображаемое столкновение или наблюдение за столкновением других людей с пугающим объектом. Кроме того, доказано, что виртуальное воздействие также может иметь положительный эффект (В. О. Rothbaum, Hodges & Smith, 2000).

Наиболее эффективными процедурами для лечения *специфических фобий* являются участие в моделировании и практика подкрепления (Ollendick & King, 1998). Используя эти процедуры, терапевт моделирует желаемые действия (например приближение к объекту страха), воодушевляя, направляя ребенка и вознаграждая его за старания. Из всех процедур наибольшим эффектом обладает воздействие в реальной жизни, или воздействие «in vivo», хотя его не всегда легко применить. Как только ребенок сталкивается со своим страхом в ситуации реальной жизни, не влекущей за собой неблагоприятных последствий, он с большей уверенностью справляется с трудностями в следующий раз.

Другие эффективные методы бихевиоральной терапии направлены на ослабление физических симптомов тревоги, включая мышечное расслабление и специальные дыхательные упражнения. Тревожным детям свойственно частое и поверхностное дыхание (гипервентиляция), которое может приводить к усилению сердцебиения, головокружению и другим симптомам. Процедуры релаксации часто используются в сочетании с градуальным воздействием.

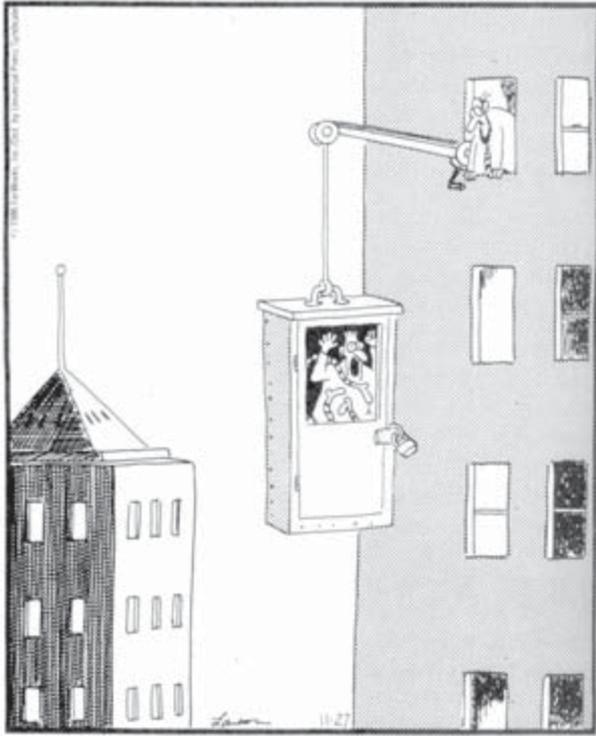
Когнитивно-бихевиоральная терапия

Наиболее эффективным методом лечения большинства тревожных расстройств является когнитивно-бихевиоральная терапия (Ollendick & King, 1998). Когнитивно-бихевиоральная терапия учит детей понимать, как мышление связано с тревогой. Она направлена на то, чтобы изменить неадекватные мысли и представления ребенка и ослабить симптомы (Р. С. Kendall et al., 2000). Например, при лечении панического расстройства у девочки-подростка, которая во время приступа паники испытывает сильное головокружение и страх неминуемой смерти, может применяться следующая клиническая стратегия: терапевт предлагает пациентке совершать круговые движения, вызывающие у нее головокружение. Когда девочка пугается и начинает думать о близкой смерти, ее учат заменять эту мысль на более приемлемую: «У меня всего лишь немного кружится голова — я могу справиться с этим» (Е. С. Hoffman & Mattis, 2000). Подобную стратегию дополняет техника внешнего воздействия и другие бихевиоральные терапевтические методики, такие как положительное подкрепление и релаксация. Когнитивно-бихевиоральная терапия и методы лечения, основанные на внешнем воздействии, практически всегда используются в сочетании. Пример комбинированного подхода к лечению социофобии у подростков представлен во врезке 7.7.

Используя методы когнитивно-бихевиоральной терапии, Филип Кендалл (Philip Kendall) и его коллеги разработали одну из наиболее эффективных программ лечения детей, страдающих генерализованным тревожным расстройством, тревожным расстрой-

THE FAR SIDE

By GARY LARSON



Другое измерение рис. Гари Ларсона

Профессор Галлахер проводит лечение с использованием альтернативной техники, избавляя пациента одновременно от страха перед змеями, высотой и темнотой.

The Far Side © 1986 Farworks, Inc. Использовано Всеобщим Синдикатом Прессы. Все права сохраняются.

ством в связи с разлукой и социофобией (Flannery-Schroeder & Kendall, 1996, 2000; P. C. Kendall et al., 1997). Этот подход уделяет большое внимание процессам научения, воздействию случайных обстоятельств и моделированию, а также процессам обработки информации. Терапия направлена на устранение негативного мышления и приобретение навыков активного решения проблем, что позволяет ребенку лучше справляться с ситуацией. Кроме того, у ребенка создается эмоциональная заинтересованность, и оптимизируются когнитивные процессы.

Тренинг навыков и внешнее воздействие используются для устранения негативного мышления, которое связано с тревожным состоянием и реакцией избегания. В процессе лечения применяются разнообразные техники, в числе которых моделирование, ролевые игры, внешнее воздействие, релаксация и условное подкрепление. Терапевты используют социальное подкрепление для мотивации и вознаграждения детей, которых также учат награждать самих себя за достижение положительных результатов. Детей учат осуществлять самоконтроль, поднимаясь по

четырем ступеням плана FEAR (страх) (P. C. Kendall & Treadwell, 1996):

F = (feeling frightened) Чувствуешь страх? (опознание тревожных ощущений и соматических реакций на тревогу)

E = (expecting) Ожидаешь, что произойдет что-то плохое? (осознание негативных ожиданий в ситуациях, вызывающих тревогу)

A = (actions and attitudes) Действия и установки, которые позволяют эффективно решать проблемы (разработка плана устранения тревожных мыслей и осуществление самоконтроля; определение возможных эффективных в данной ситуации действий)

R = (results and rewards) Результаты и вознаграждение (оценка собственного успеха и адекватное самовознаграждение). Программа состоит из 16–20 занятий, которые проводятся в течение 8 недель. Для закрепления приобретенных навыков дети должны постоянно применять их в тревожных ситуациях, возникающих дома и в школе. Контрольная оценка результатов показала, что несмотря на то, что реализация программы занимает всего 8 недель, лечение оказывается очень эффективным. У большинства детей наблюдается ослабление тревожности, у 74% детей устраняются симптомы первичного расстройства к концу терапии, и у 54% вообще не проявляются симптомы какого-либо тревожного расстройства. Эти показатели сохранялись в течение 1–3 лет после окончания курса лечения. Показательно, что сохранение в памяти принципов самоконтроля по методу FEAR было связано с положительными результатами лечения (P. C. Kendall, 1994; P. C. Kendall & Southam-Gerow, 1996; P. C. Kendall et al., 1997).

Медикаментозное лечение тревожных расстройств

Для устранения симптомов тревоги у детей и подростков используются разнообразные фармакологические средства (Bernstein, 1994; Kutcher, Reiter & Gardner, 1995), зачастую в сочетании с бихевиоральной терапией и когнитивно-бихевиоральными методами лечения. Распространенными фармакологическими средствами являются трициклические антидепрессанты, бензодиазепины и селективные ингибиторы серотонина (SSRIs) (A. J. Allen, Leonard & Swedo, 1995). Небольшое число контрольных исследований не позволяет определить эффективность данных препаратов при лечении тревожных расстройств у детей (Kearney & Silverman, 1998); однако клинические испытания и исследования предоставляют некоторые сведения о том, как можно использовать эти препараты (Kutcher et al., 1995). Результаты пробных испытаний на 9–18-летних детях и подростках, страдающих несколькими тревожными расстройствами одновременно, свидетельствуют о том, что флуоксетин (Prozac) особенно эффективен при лечении тревожного расстройства в связи с разлукой и при лечении социофобии, но не очень эффективен в случае генерализованного тревожного расстройства (Fairbanks et al., 1997).

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 7.8.

Лечение социофобии у подростков методом когнитивно-бихевиоральной терапии

Анна Мария Албано (Ann Marie Albano) со своими коллегами разработала обучающую когнитивно-бихевиоральную программу группового лечения социофобии у подростков (Albano & Barlow, 1996; Albano, 2000). Терапия проводится в небольших группах по 4–6 подростков. Курс состоит из шестнадцати полуторачасовых занятий, охватывающих следующие разделы (Albano, Detweiler, & Logsdon-Conradsen, 1999).

Психологическое обучение

На этой стадии подростков знакомят со спецификой тревожного состояния, описывают когнитивные, физиологические и поведенческие симптомы. Эти знания позволяют им понять причины появления и сохранения симптомов. Подростков учат следить за собственным состоянием, отмечать моменты возникновения тревоги и реакции на нее. Чтобы помочь подросткам понять, в чем выражаются их симптомы, моделируются ситуации, вызывающие тревогу, такие как опоздание на урок. Затем терапевт предлагает описать собственные физические, когнитивные и поведенческие реакции:

Терапевт: Что ты будешь чувствовать? (физические реакции)

Ребенок: Нервную дрожь, головокружение, нехватку воздуха.

Терапевт: О чем ты будешь думать? (когнитивные реакции)

Ребенок: Все устанется на меня, а я подумаю: «Вдруг учитель накричит на меня?» Мое лицо будет залито краской; и все увидят это.

Терапевт: Что ты будешь делать? (поведенческие реакции)

Ребенок: Пройду мимо класса. Не буду поднимать взгляд. Вместо урока направлюсь в медицинский кабинет. (Адаптировано из Albano et al., 1991.)

Приобретение навыков

На этой стадии подростки приобретают навыки когнитивной реструктуризации, социальные навыки и навыки решения проблем. Их учат определять когнитивные искажения или ошибки мышления, связанные с сохранением тревожного состояния. Для замещения этих когнитивных формируются осмысленные реакции. Используются моделирование, ролевые игры и систематические упражнения внешнего воздействия.

Определяются и усваиваются специфические социальные навыки межличностных отношений. Подростков учат сохранять дружеские отношения и обретать уверенность в себе. Подростки сначала определяют характеристики и формы поведения, которые негативно влияют на социальные отношения, такие как хмурое выражение лица, нервные жесты, безразличие, слишком тихая речь, игнорирование или критическое отношение к окружающим. Затем осуществляется тренинг оптимальных приемов социального взаимодействия (Marten, Albano & Holt, 1991).

Решение проблем

На этой стадии определяются проблемы и ставятся реалистичные цели. Подростков учат купировать нега-

тивные реакции, используя активное действие, а не избегание. Два терапевта разыгрывают ситуацию, столкновение с которой в реальной жизни вызывает тревогу. Они вербализуют спонтанно возникающие мысли и рациональные реакции, чтобы смоделировать стадии когнитивной реструктуризации. Один терапевт вербализует спонтанные мысли, а другой выступает как «оппонент»:

Сцена: Вас вызвали к доске, чтобы вы в присутствии всего класса рассказали выученный урок.

T1: «О нет, у меня ничего не получится!»

T2: «Возьми себя в руки, успокойся, остынь. Не допускай мрачных мыслей».

T1: «Все будут на меня смотреть. Я провалюсь».

T2: «Им тоже придется выходить к доске. Мы все немного нервничаем».

T1: «Что я скажу? Я не могу сосредоточиться!»

T2: «Я могу хорошо ответить. Я знаю этот материал».

T1: «Мое сердце не выдержит. Мне станет плохо».

T2: «Я немного нервничаю, но это пройдет. Все будет в порядке».

T1: «Наконец-то все закончилось. Следующий раз у меня, наверное, не получится так хорошо ответить».

T2: «Здорово! У меня получилось! Все было хорошо. Я сделал это!»

(Адаптировано из Albano et al., 1991).

Затем терапевты обсуждают разыгранную сценку с участниками группы, предлагая подросткам вспомнить, как они вели себя в подобных ситуациях.

Внешнее воздействие

На этой стадии подростки составляют иерархию социальных ситуаций, связанных со страхом и избеганием. С учетом этой иерархии моделируется внешнее воздействие. Члены группы и терапевты разыгрывают определенные ситуации. Внешнее воздействие направлено на устранение реакции избегания и осмысление собственного тревожного состояния. Основная цель внешнего воздействия — убедить подростков в том, что тревога исчезает, когда ситуация становится привычной.

Закрепление и практическое применение усвоенных навыков

Чтобы закрепить приобретенные навыки социального взаимодействия и навыки самоконтроля, подростки осваивают их применение на практике в период между занятиями. С этой же целью, а также для того, чтобы эти навыки использовались в домашних условиях, в программу включен план, предусматривающий активное участие родителей (Marten et al., 1991).

Вот что ответила одна девочка на вопрос о том, насколько она изменилась за время лечения:

«Раньше, когда меня о чем-нибудь спрашивали, я всегда отвечала: «Мне все равно» или «Я не знаю». Теперь же я всегда сообщаю друзьям свое мнение. Они признаются, что такая я нравлюсь им куда больше, поскольку говорю то, что думаю» (Beidel & Turner, 1998, стр. 223).

Были получены убедительные результаты, свидетельствующие об эффективности селективных ингибиторов серотонина при лечении обсессивно-компульсивного расстройства (March et al., 1998; Rapoport, 1998). Наиболее эффективным является применение селективных ингибиторов серотонина в сочетании с техникой внешнего воздействия и техникой устранения реакции избегания. Дети, которых лечили, используя лишь один из этих методов, продолжали проявлять некоторые симптомы обсессивно-компульсивного расстройства (R. A. King, Leonard & March, 1998). Комбинированные подходы могут также повысить эффективность лечения и свести к минимуму возможности рецидивов после прекращения медикаментозной терапии (Piacentini & Graae, 1997).

Результаты исследований эффективности фармакологических средств при лечении других тревожных расстройств противоречивы (Roppe, 1993). Хотя клинические испытания позволяют говорить о возможной пользе фармакологических средств при устранении симптомов тревоги, в целом статус этих препаратов в лечении специфических тревожных расстройств у детей (отличных от обсессивно-компульсивного расстройства) не определен (P. C. Kendall et al., 1997).

Участие семьи

Тревожные расстройства зачастую возникают в контексте высокой тревожности родителей и проблематичных отношений в семье, что может влиять на эффективность любого из терапевтических подходов. В некоторых случаях терапия, направленная на ребенка, может давать положительный эффект для всей семьи. Например, когда ребенок становится более уверенным в себе и избавляется от реакции избегания, родительские представления о нем существенно меняются. В результате родители начинают иначе относиться к своему ребенку, а общие взаимоотношения и климат в семье значительно улучшаются. (P. C. Kendall & Flannery-Schroeder, 1998).

Лечение тревожных расстройств у детей с участием всей семьи может дать более сильный и продолжительный эффект, чем лечение, направленное только на ребенка (Ginsburg, Silverman & Kurtines, 1995; Howard & Kendall, 1996a, 1996b; W. K. Silverman & Kurtines, 1996a). Результаты исследований свидетельствуют о том, что около 70% детей с тревожными расстройствами, прошедших индивидуальную или семейную терапию, не проявляли симптомов ни одного из тревожных расстройств. Лечение с участием семьи, направленное на улучшение взаимоотношений и налаживание нормальной коммуникации, на усиление контроля эмоций и на оптимизацию способов решения проблем, заметно уменьшило время, требуемое для достижения положительных эффектов, и увеличило продолжительность сохранения результатов терапии (Barrett, Dadds & Rapee, 1996).

Принимая во внимание важную роль семьи в случаях обсессивно-компульсивного расстройства в

детском возрасте, исследователи разрабатывают методы вовлечения семьи в процесс лечения этого расстройства (Waters & Barret, 2000). Основная цель терапии при обсессивно-компульсивном расстройстве заключается в том, чтобы методом градуального воздействия постепенно научить ребенка преодолевать свои страхи и устранить ритуальные формы поведения (Albano, March & Piacentini, 1999; March & Mulle, 1998; Shafron, 1998).

Этот подход наиболее эффективен, когда в нем принимают участие родители ребенка (Knox, Albano & Barlow, 1996; Rapoport & Inoff-Germain, 2000). В процессе семейной терапии обсессивно-компульсивного расстройства членам семьи рассказывают о специфике этого заболевания и помогают справиться с негативными переживаниями, такими как ощущение беспомощности, уверенность в неспособности облегчить страдания ребенка, досада и разочарование, а также ревность со стороны братьев и сестер (Piacentini, Jacobs & Maidman, 1997).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

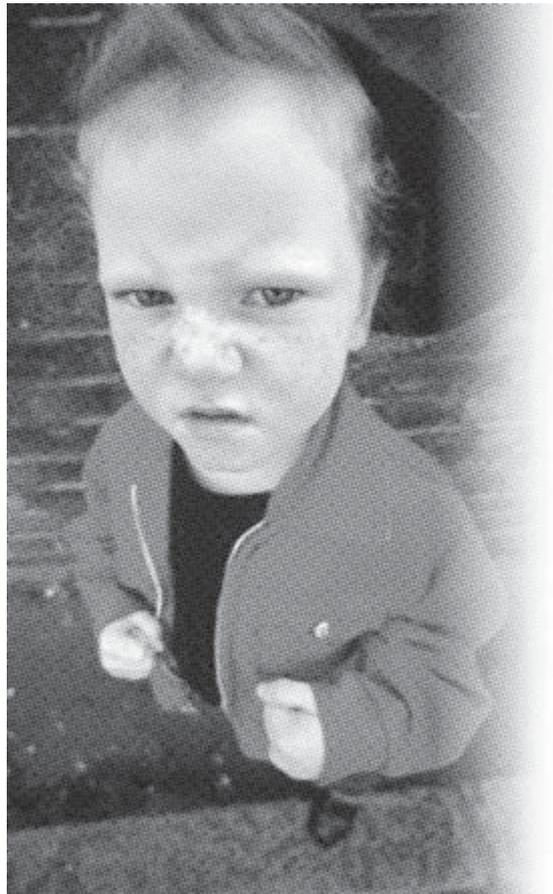
- Наиболее эффективные методы лечения тревожных расстройств у детей и подростков используют технику столкновения с ситуациями, объектами или событиями, которые вызывают тревогу у пациента.
- Наиболее эффективными методами лечения специфических фобий являются моделирование ситуаций, вызывающих фобию, и практика положительного подкрепления.
- Когнитивно-бихевиоральные методы терапии учат детей понимать, как связано с тревогой их мышление, как изменить неадекватные мысли, чтобы ослабить симптомы, и как справляться со своими страхами и тревогами, предупреждая реакции борьбы и бегства.
- Некоторые препараты, такие как селективные ингибиторы серотонина, являются эффективными для лечения детей с обсессивно-компульсивным расстройством. Однако результаты исследований эффективности фармакологических средств, используемых для лечения иных тревожных расстройств, противоречивы.
- Участие семьи в лечении тревожных расстройств может дать более сильный и продолжительный эффект, чем терапия, направленная только на ребенка.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

- тревога (anxiety)
- тревожное расстройство (anxiety disorder)
- невротический парадокс (neurotic paradox)

- реакция «борьбы и бегства» (fight/flight)
- страх (fear)
- паника (panic)
- тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте (separation anxiety disorder)
- отказ от посещения школы (school refusal behavior)
- тестовая тревожность (test anxiety)
- генерализованное тревожное расстройство (generalized anxiety disorder)
- тревожное ожидание (apprehensive expectation)
- фобия (phobia)
- специфическая фобия (specific phobia)
- социальная тревога (social anxiety)
- социофобия (social phobia)
- генерализованная социофобия (generalized social phobia)
- селективный мутизм (selective mutism)
- обсессивно-компульсивное расстройство (obsessive-compulsive disorder)
- обсессии (obsessions)
- компульсии (compulsions)
- приступ паники (panic attack)
- паническое расстройство (panic disorder)
- агорафобия (agoraphobia)
- посттравматическое стрессовое расстройство (posttraumatic stress disorder)
- острое стрессовое расстройство (acute stress disorder)
- негативная аффективность (negative affectivity)
- позитивная аффективность (positive affectivity)
- двухфакторная теория (two-factor theory)
- техника внешнего воздействия (exposure)
- градуальное воздействие (graded exposure)
- систематическая десенсибилизация (systematic desensitization)
- погружение (flooding)
- предупреждение реакции (response prevention)

Глава 8
**РАССТРОЙСТВА
НАСТРОЕНИЯ**



Дэвид: Глубокое отчаяние

Одиннадцатилетний Дэвид признается: «Иногда мне просто хочется прыгнуть с крыши или придумать еще что-нибудь такое, чтобы сделать себе больно». В течение последних 3 месяцев Дэвид становился все более и более замкнутым. Ему казалось, что он совершенно никчемный человек, он начинал ненавидеть самого себя, погружаясь в глубокое уныние, — и это пугало его. Учитель описывает Дэвида как «одиночку, который выглядит очень обеспокоенным и несчастным». Он всегда был хорошим учеником, но теперь ему бывает трудно сосредоточиться, он не выполняет заданий и не проявляет никакого интереса к учебе. У Дэвида беспокойный сон, отсутствует аппетит, он часто жалуется на головную боль. Много времени проводит в своей комнате и ничего не делает. Дэвид злится, если мать обращается к нему с просьбой помочь ей в чем-нибудь. Она говорит, что мальчик «все время находится в угрюмом и раздражительном расположении духа».

Бэт: Такая печальная

«Если пролистать семейный альбом и посмотреть в старые фотографии, сделанные, когда Бэт было только 8 лет, можно заметить ее отсутствующий взгляд и ту глубокую внутреннюю опустошенность, которая застыла на ее лице, — вспоминает ее мать почти 20 лет спустя. — Но мы не знали причин. Мы поняли, в чем дело, когда она училась уже в 11 классе. Бэт часто плакала и даже среди ночи могла неожиданно войти в нашу комнату, обливаясь слезами. В конце концов мой муж не выдержал и заявил, что мы должны помочь ей... Я вспоминаю, что она была очень замкнутой. Неохотно вставала с постели, отказывалась от еды. Невозможно было ее чем-нибудь заинтересовать. Она ничем не хотела заниматься. В то лето, перед тем как мы начали ее лечить, мы отдыхали на озере, а Бэт все время расстраивалась, и слезы не сходили с ее глаз. Она была очень привязчивой и часто крепко обнимала меня, не желая никуда отпускать от себя» (Адаптировано из Owen, 1993).

Мик: Взлеты и падения

У шестнадцатилетнего Мика постоянно возникают перепады настроения. Иногда он бывает печален, замкнут и апатичен. В другое время становится жизнерадостным и энергичным или неожиданно начинает на что-нибудь очень злиться. Когда Мик полон энергии, он может спать совсем немного или вообще не спать, не чувствуя усталости. В такие моменты подросток постоянно находится в движении, говорит без умолку, и его невозможно остановить. Эти крайние перепады

в настроении тревожат Мика, ему кажется, что он не может контролировать себя, а порой ему хочется причинить себе боль. Он напуган такими мыслями, и для того чтобы снять болезненные ощущения, употребляет алкоголь или наркотики, если может достать их.

Возможно, вам знакомы дети, которые все время выглядят несчастными, ко всему безразличными, подвержены перепадам настроения или, в худшем случае, считают, что вовсе не стоит жить. Такие дети, возможно, страдают **расстройством настроения** (или *аффективным расстройством*), при котором колебания настроения являются главной характерной особенностью. Настроение обычно определяется как чувство или эмоциональное состояние — например: печаль, счастье, гнев, восторг или раздражение. Дети с расстройствами настроения испытывают сильные, устойчивые или плохо контролируемые эмоции, такие как глубокая печаль или отчаяние, или подвержены резким колебаниям настроения — от уныния до восторга.

Известно несколько типов этого расстройства. К одному из них относятся дети, которые подвержены тяжелой депрессии. Подобно Дэvidу и Бэт, такие дети страдают от **дисфории** (чувства внутреннего дискомфорта) или длительных приступов уныния. Они испытывают мало удовольствия от всего, что делают, и теряют интерес почти ко всем видам деятельности — состоянию, известное как **ангедония**. Один из подростков, страдающих депрессией, признается:

Депрессия делает вас безразличным ко всему, что интересно другим людям. Вы не увлекаетесь, как ваши сверстники, игрой на гитаре, а школьный альбом, который у всех тинейджеров лежит на самом видном месте, просто пылится, брошенный подальше на полку*. У вас нет ни желания, ни сил заниматься учебой или встречаться с одноклассниками после уроков. И все это из-за депрессии (Solin, 1995b, стр. 156).

У многих подростков, страдающих депрессией, состояние уныния сопровождается потерей интереса к жизни. Однако некоторые вообще не испытывают уныния. Чаще их депрессия находит свое выражение в раздражительности. Другие все время

* Yearbook, Школьный альбом или памятный альбом-альманах, — в средних школах, особенно в выпускных классах, принято издавать альбомы, в которых помещены фотографии всех учеников выпуска, отдельных групп, спортивных команд, школьных вечеров и т. п. и информация о разных школьных событиях; альбомы, готовящиеся группой учеников в течение целого года, издаются потом типографским способом. Каждый ученик получает такой альбом с автографами друзей и учителей. — *Примеч. ред.*

чем-то недовольны, ворчат, пребывают постоянно в плохом настроении, вспыльчивы, раздражительны. Общаться с такими детьми очень трудно, поскольку любая мелочь может вывести их из равновесия. Раздражительность является одним из наиболее характерных симптомов депрессии и наблюдается приблизительно в 80% клинических случаев у депрессивных подростков (Goodyer & Cooper, 1993).

К другому, более редкому типу, относятся те подростки, которые, подобно Мику, эпизодически обнаруживают еще и **маниакальный синдром**, сопровождающийся повышением двигательной активности, возбуждением, экзальтацией и **эйфорией** (преувеличенным ощущением благополучия). Такие подростки испытывают резкие перепады настроения — состояние, которое определяется как *биполярное расстройство или маниакально-депрессивный психоз*. Подъемы настроения у них могут чередоваться спадами, или же они переживают оба этих крайних состояния почти в одно и то же время.

В Руководстве DSM-IV-TR расстройства настроения подразделяются на две основные категории: депрессивные расстройства и биполярное расстройство (BP) (APA, 2000). Мы обсудим каждое из этих основных расстройств настроения в следующих разделах.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Дети с расстройствами настроения испытывают сильные, устойчивые или плохо контролируемые эмоции, такие как глубокая печаль или отчаяние, либо подвержены резким колебаниям настроения: от уныния до восторга.
- Существует два основных типа расстройств настроения: депрессивные расстройства и биполярное расстройство (BP).

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

— Как твоё самочувствие? —
спросил Винни-Пух.

Иа-Иа покачал головой.
— Не очень как! — сказал он. — Или
даже совсем никак. Мне кажется,
я уже очень давно не чувствовал себя
как.

А.А. Милн, *Винни-Пух* (1926)
A.A. Miln, *Winnie-the-Pooh* (1926)
Перев. Б. Заходера

Депрессией называется состояние глубокой печали и того уныния, которые переживал Иа-Иа, грустный и нерешительный старый серый ослик из сказ-

ки о Винни-Пухе. Симптомы депрессии являются настолько распространенными, что ее иногда называют «простудой в психопатологии». Каждый иногда может испытывать печаль, уныние, быть не в духе или «захандрить». (Читающий или пишущий о депрессии может быть именно тем, кто сам от нее страдает — в таком случае, удастся ли ему объективно оценить такие состояния, как уныние, безнадежность, тревога, одиночество или самобичевание?) Иногда наши негативные переживания являются нормальной реакцией на какое-то несчастье, например потерю друга или работы. В другое время мы можем испытывать депрессию без видимых на то причин. Однако эти переживания вскоре проходят, и мы возвращаемся к нашей обычной деятельности. В противоположность этому клиническая депрессия представляет собой состояние гораздо более серьезное, чем случайно возникшее чувство уныния или колебания в настроении, которые время от времени могут быть у любого человека.

Обычно принято считать, что детство — это счастливое, беззаботное время, период, свободный от бремени тревог и обязанностей взрослой жизни. Мы склонны представлять детей как жизнерадостных и не подверженных депрессии. В самом деле, обычно узнав, что ребенок находится в состоянии депрессии, взрослые недоумевают: «Из-за чего он может испытывать депрессию?» Даже тогда, когда дети переживают чувство разочарования, осуждение со стороны других людей или какие-то негативные события, с которыми они неминуемо сталкиваются в своей повседневной жизни, считается, что их грусть, разочарование и раздражение — это кратковременные явления. Родители очень часто относят такие негативные настроения к временным факторам, например к недосыпанию или плохому самочувствию, и надеются, что они скоро пройдут. Таким образом, в течение долгого времени было принято считать, что дети не страдают депрессией, а возникающие у них депрессивные состояния — лишь кратковременные явления. Теперь мы знаем, что это не так.

В отличие от большинства детей, у которых настроение печали и грусти быстро проходит, дети, страдающие депрессией, по-видимому, не в состоянии избавиться от уныния, и оно начинает мешать их повседневной жизни, социальным взаимоотношениям, школьным занятиям и всей остальной деятельности. У подростков, страдающих депрессией, часто наблюдаются сопутствующие проблемы, такие как тревожно-депрессивный синдром и кондуктивное расстройство. Таким образом, несмотря на то, что клиническая депрессия может иметь сходство с нормальными эмоциональными реакциями, свойственными детскому возрасту, у некоторых подростков она представляет собой тяжелое и длительное расстройство, которое калечит человеческую жизнь, а в некоторых случаях несет для нее угрозу (Kovacs & Devlin, 1998). К сожалению, депрессия часто не распознается и не лечится, потому что родители и, в меньшей степени, учителя могут не увидеть, что за негативным настроением скрывается серьезное психическое расстройство (Mesman & Koot, 2000a, 2000b; Wu et al., 1999).

Основные признаки

Депрессия оказывает влияние на многие сферы жизни детей и подростков (Oster & Montgomery, 1995, стр. 47–48).

- *Настроение.* Дети, страдающие депрессией, испытывают чувства печали и уныния, которые проявляются у них в форме, гораздо более устойчивой и интенсивной, чем обычные переживания этих чувств. Другие чувства, которые могут сопутствовать депрессии, включают в себя раздражительность, вину и стыд.

- *Поведение.* У таких детей может наблюдаться усиление беспокойства и тревоги, снижение активности, замедленная речь или чрезмерная плаксивость. Наряду со снижением активности наступает ограничение социальных контактов. Иногда состояние печали и уныния у подростков, подверженных депрессии, может приводить к негативным действиям, таким как язвительные злые замечания, крик или деструктивное поведение. Подростки, которые страдают депрессией, могут употреблять алкоголь или наркотики для того, чтобы облегчить свое состояние.

- *Изменение жизненных установок.* У таких детей и подростков развивается чувство собственной никчемности и низкая самооценка. Они считают себя неадекватными и думают, что другие люди оценивают их так же. У них может измениться отношение к школе, и в связи с этим ухудшается успеваемость. Они начинают бояться будущего и убеждают себя в том, что обречены в жизни на неудачи, часто задавая следующие вопросы: «Что толку беспокоиться об этом?» или «Какой смысл пытаться это делать?» Когда такие переживания становятся интенсивными, возрастает риск суицида.

- *Мышление.* Дети и подростки, страдающие от депрессии, поглощены собственными мыслями и концентрируют внимание на переживаниях. Они сосредоточены на самих себе и могут быть излишне самокритичны и застенчивы. Мыслительные процессы нарушаются, теряется способность к здравому рассуждению и преобладает пессимистический взгляд на будущее. Им бывает трудно концентрироваться, вспоминать и принимать решения. Такие дети могут также винить себя за любую неудачу.

- *Физические изменения.* У таких детей и подростков наблюдаются нарушения сна и расстройства, связанные с приемом пищи. Обычным явлением бывает потеря аппетита и частые пробуждения среди ночи или рано утром, также присутствует постоянное чувство усталости. Типичны такие замечания, как: «Она всегда заторможена» или «Я чувствую постоянную усталость». Также возникают жалобы физического характера: на головную боль и боль в желудке, тошноту, на продолжительные боли разного рода и упадок сил.

Мы представляем себе детей, страдающих депрессией, как плачущих или тихо всхлипывающих вдали от всех, в полном одиночестве у себя в комнате,

но в действительности многие дети проявляют свое депрессивное состояние совершенно по-другому. Дети, страдающие депрессивным расстройством, могут быть раздражительными или капризными, расстраиваться по любому незначительному поводу, например из-за потери какой-нибудь мелкой детали одежды (такой как пуговица). Они могут часто спорить, подвержены резкой смене настроений, бывают плаксивыми, что вызывает большие трудности в общении с ними. Плохое настроение у таких детей может приводить к приступам гнева или вспышкам ярости; что вызывает раздражение у других людей и может сделать ребенка отверженным среди сверстников. С помощью такого поведения ребенок пытается избежать своих болезненных переживаний, связанных с депрессией. Поскольку не все подростки имеют при этом печальный и унылый вид, родители и учителя зачастую не догадываются, что такое беспокойное поведение является признаком депрессии (W. M. Reynolds & Johnston, 1994b). Иллюстрацией этому служит признание матери подростка, страдающего от депрессии:

Мой сын не мог сохранять контроль над собой. Он очень плохо вел себя в школе и дома — набрасывался с руганью на каждого, кто оказывался рядом с ним. А мы очень злились на него и не догадывались о возможной депрессии (K. Levine, 1995, стр. 42, 44).

История изучения депрессивных расстройств у детей и подростков

Не так давно высказывались серьезные сомнения относительно возможности депрессии в детском возрасте. В основе этого заблуждения лежали традиционные психоаналитические теории, которые рассматривали депрессию как результат неприятия или раздражения, обращенного внутрь самого себя, обычно в связи с какой-нибудь действительной потерей или с тем, что воспринимается как потеря. Считалось, что дети не имеют достаточно развитого суперэго для того, чтобы направить агрессию против самих себя, поэтому психоаналитики приходили к выводу о том, что дети не способны переживать депрессию (Rochlin, 1959). Другая ошибочная точка зрения заключалась в том, что симптомы депрессии считались нормальными и временными проявлениями, присущими определенным стадиям детского развития, — убеждение, которое также оказалось ложным. Депрессия для детей и подростков представляет собой такую же проблему, как и для взрослых (Lewinshn, Rohde & Seeley, 1998).

Когда был признан факт существования детской депрессии, появилась одна общераспространенная точка зрения, согласно которой депрессия у детей выражается не так, как у взрослых, — часто не прямым, а скрытым образом. Эти научные взгляды нашли выражение в концепции *замаскированной депрессии*. Считалось, что фактически любой известный



Депрессия у детей выходит далеко за рамки обычных колебаний настроения.

клинический симптом у детей, включая гиперактивность, дефицит внимания, проблемы с обучением, агрессию, ночное недержание мочи, тревожность, связанную с одиночеством, нарушения сна и убежание из дома можно рассматривать как признак замаскированной депрессии (SenGUN & McKnew, 1974). Эта концепция принимала во внимание слишком много разных факторов, для того чтобы ее можно было применять на практике, поэтому, несмотря на свою популярность, она была отвергнута. Депрессия у детей не замаскирована, а, скорее, может проходить не распознанной, поскольку она часто сопровождается другими, более заметными нарушениями, например кондуктивным расстройством (G. A. Carlson & Cantwell, 1980; Hammon & Compas, 1994).

Депрессия у детей и подростков

Почти у всех детей и подростков наблюдаются те или иные симптомы депрессии, а до 5% детей и 10–20% подростков могут испытывать серьезные депрессивные состояния (W. M. Reynolds & Johnston, 1994b). У них отмечается устойчивое депрессивное настроение при столкновении с реальным дистрессом или событием, воспринимаемым как дистресс, а также наблюдаются другие нарушения, связанные с физическим функционированием организма и социальным поведением (R. C. Harrington, Fudge, Rutter,

Pickles & Hill, 1990). В последние годы среди подростков стремительно растет число суицидов, связанных с депрессией (Beautrais, 2000).

Даже если дети и подростки избавляются от своей депрессии, они, вероятно, будут переживать рецидивы болезненного состояния и продолжительные периоды ухудшения. (Lewinsohn, Roberts et al., 1994). До 90% этих подростков демонстрируют значительное ухудшение своего состояния, что делает депрессию одним из наиболее опасных заболеваний детского возраста, препятствующих нормальному развитию (Simonoff et al., 1997). Связанные с депрессией длительные негативные переживания, трудности, возникающие в повседневной жизни, повышенный риск злоупотреблений психоактивными веществами и биполярное расстройство представляют собой очень серьезные проблемы для детей и подростков (W. M. Reynolds & Johnston, 1994a).

Распространенность депрессии среди детей и подростков имеет тенденцию к увеличению, а средний возраст тех, у кого обнаруживаются симптомы этого расстройства, уменьшается (Kovacs & Gatsonis, 1994). Несмотря на то, что точные причины увеличивающейся распространенности депрессии неизвестны, один из факторов, имеющих отношение к этому явлению, связан со стремительными изменениями, происходящими в общественной жизни. Переполненные города, распадающиеся семьи, рост числа злоупотреблений психоактивными веществами и перемены, происходящие в сфере профессиональной и трудовой деятельности, могут значительно усиливать воздействие стрессов на молодое поколение. Эти изменения могут делать ребенка более уязвимым по отношению к стрессу вследствие потери защитных факторов, таких, например, как поддержка семьи (Kovacs, 1997).

Депрессия и процесс индивидуального развития

В зависимости от возраста дети по-разному проявляют и переживают депрессию. Ребенок до полутора–двух лет может выглядеть унылым, пассивным и безразличным; дошкольник может казаться ушедшим в себя и заторможенным; ребенок младшего школьного возраста может обнаруживать агрессивность и склонность к созданию конфликтных ситуаций; а тинейджер может переживать чувство вины и отчаяния (Herzog & Rathbun, 1982). Все эти проявления представляют собой не разные типы депрессии, а, по всей вероятности, разные стадии одного и того же процесса, формирующегося в ходе индивидуального развития.

Нет такого признака, который обнаруживался бы у всех детей в пределах какой-то отдельно взятой возрастной группы или был бы характерен для какого-то определенного периода развития. Такие признаки не возникают до тех пор, пока дети не становятся старше, а депрессия не начинает ясно распознаваться как клиническое заболевание. Депрессия у детей в возрасте до 7 лет менее четко выражена и не так легко распознается, как депрессия у младших

школьников и у подростков (Cantwell, 1990). Однако очень важно распознать симптомы депрессии у совсем маленьких детей, поскольку менее выраженные симптомы младшего возраста могут развиваться в депрессивные расстройства в старшем детском возрасте или в юности.

Мы чрезвычайно мало знаем о депрессии у детей в возрасте до полутора–двух лет. В 1940-е годы Рене Спитц (Renee Spitz) описал состояние, названное им как **анаклитическая (несамостоятельная) депрессия (anaclitic depression)**, при которой у малолетних детей, выросших в нормальной, но эмоционально холодной обстановке государственных детских приютов, наблюдаются реакции, сходные с симптомами депрессивного расстройства. У них проявляются слезливость, отчуждение, апатия, потеря веса, нарушение сна, общее замедление развития, а в некоторых случаях даже наступает смерть. Хотя Спитц связывал эту депрессию с отсутствием «материнской заботы» и возможностью сформировать привязанность, вероятно также, что здесь играют роль и другие факторы, связанные с физическими заболеваниями и эмоциональными и сенсорными депривациями*.

Также стало очевидным, что подобные симптомы могут иметь место у детей, воспитанных не только в приютах, а в тяжелой атмосфере неблагополучных семей, где мать страдала депрессией (Weissman et al, 1987), не уделяла ребенку достаточно времени, мало общалась с ним (Pianta, Egeland & Erickson, 1989) или применяла к нему физическую силу (см. главу 14). У детей, выросших в такой семейной обстановке, могут наблюдаться расстройства сна, потеря ап-



Депрессия у малышей, воспитанных в приютах, имеет внешние признаки, аналогичные тем, которые обнаруживаются при депрессивных состояниях у взрослых людей.

* Эмоциональная депривация — отсутствие (обычно в раннем возрасте) межличностного и/или социального общения; сенсорная депривация — уменьшение или отсутствие внешней информации или возможности ее восприятия, обычно приводит к психологическим и поведенческим расстройствам. — *Примеч. ред.*

петита, чрезмерная привязчивость, а также могут возникать состояния тревожности, плаксивость и уныние.

Дети дошкольного возраста, страдающие депрессией, могут казаться угрюмыми и печальными. Им обычно недостает богатства фантазии, живости и энтузиазма в игре, которые характерны для большинства дошкольников. Они могут проявлять чрезмерную привязчивость и вечно хныкать около матери, у них также возникают тревожные состояния, вызванные неоправданными опасениями разлуки и одиночества. Кроме того, их очень огорчает, когда что-то делается не так, как они хотят. Депрессивные дети дошкольного возраста бывают раздражительны без видимых на то причин. У них могут отмечаться негативные и самоуничижительные высказывания и характерные жалобы на физическую боль, например на боль в желудке.

В дополнение к симптомам, наблюдающимся у дошкольников, дети школьного возраста, страдающие депрессией, проявляют повышенную раздражительность, у них проявляется деструктивное поведение, вспышки гнева и драчливость. По признанию родителей, такого ребенка «ничто не радует, он ненавидит себя и все, что его окружает». Дети дошкольного возраста выглядят печальными, но зачастую не склонны рассказывать о своем внутреннем состоянии. Физические жалобы, возникающие у детей школьного возраста, выражаются в потере веса, головных болях и нарушениях сна. Общие трудности, которые приходится испытывать таким детям, связаны с учебной и взаимодействием со сверстниками, что подразумевает частые драки и жалобы на отсутствие каких-либо друзей или на то, что ребенка дразнят. Начиная с этого возраста, могут случаться попытки суицида.

Кроме симптомов, характерных для детей младшего возраста, у семи–десятилетних школьников, находящихся в депрессивном состоянии, развивается низкая самооценка, начинают преобладать самообвинения, постоянное чувство печали и уныния, и возникают трудности в социальном взаимодействии («социальная заторможенность»). Ребенок может говорить: «Я — тупой» или «Мне никто не нравиться». Такие дети отгораживаются даже от собственной семьи. У ребенка может развиваться бессонница или, наоборот, чрезмерное желание спать. Общими являются и такие симптомы, как нарушение питания.

У более старших детей (тинейджеров) усиливается раздражительность, теряется ощущение удовольствия, пропадает интерес к жизни и страдает учеба. Чаше обычного происходят ссоры с родителями по поводу обычных проблем, возникающих между родителями и детьми, таких как выбор друзей или время возвращения домой вечером. Другими симптомами, характерными для этого возраста, являются негативное представление о своих физических данных, заниженная самооценка и застенчивость. Присутствуют следующие физические симптомы: чрезмерная усталость, упадок жизненных сил, потеря аппетита и нарушения сна. Тинейджеры, страдающие от депрессии, испытывают одиночество,

чувство вины, постоянно упрекают себя за что-то, у них появляется ощущение собственной никчемности, мысли о суициде и его попытке.

Уныние, безучастность и раздражительность являются существенными факторами для диагностики депрессивного расстройства, поскольку многие из симптомов и форм поведения, которые мы описали, могут присутствовать у детей с нормальным развитием или у детей с другими заболеваниями или расстройствами. Кроме того, каков бы ни был возраст ребенка, имеющиеся симптомы должны отражать изменения в поведении, присутствовать в течение длительного времени и вызывать значительное ухудшение состояния.

Природа депрессии

Термин «депрессия» используется для описания разных понятий. Важно различать депрессивный симптом, депрессивный синдром и депрессивное расстройство (Cantwell, 1990).

Депрессивные симптомы выражаются в том, что ребенок испытывает уныние и чувствует себя несчастным. Депрессивные симптомы далеко не всегда свидетельствуют о наличии каких-либо серьезных проблем и довольно распространены во всех возрастных группах, возникая более чем у 40% детей и подростков (Rutter, Tizard & Whitmore, 1970). Для большинства детей депрессивные симптомы носят временный характер, вызваны событиями повседневной жизни и не являются следствием какого-либо расстройства.

Депрессивный синдром — это состояние, гораздо более серьезное, чем просто печальное настроение. Синдром объединяет группу симптомов, которые чаще присутствуют все вместе, чем возникают случайным образом. Чувство печали может сопровождаться другими симптомами, такими как ослабление интереса к обычным видам деятельности, когнитивные и мотивационные нарушения, а также изменения соматического и психомоторного характера. Депрессивный синдром представляет собой гораздо менее распространенное явление, чем отдельные депрессивные симптомы. Депрессивный синдром у детей часто объединяет сочетающиеся симптомы тревожности и депрессивности, которые имеют тенденцию объединяться в общее состояние негативного аффекта (L. D. Seligman & Ollendick, 1998). Депрессивный синдром может также сочетаться с другими расстройствами, такими как *кондуктивное расстройство* и *синдром гиперактивности и дефицита внимания*. Иногда депрессивный синдром может возникнуть вследствие некоторых жизненных событий — например в связи с потерей близкого человека. Однако переживания горя рассматриваются как клинический синдром только в том случае, если депрессивные симптомы имеют глубокий и длительный характер, далеко выходя за рамки допустимых норм.

Депрессивное расстройство включает в себя депрессивный синдром, продолжительный по времени и вызывающий значительные ухудшения состояния организма. Характер протекания депрессивного рас-

стройства может быть связан с его общими причинами, ассоциированными характеристиками, особенностями его протекания и последствиями, а также с результатами лечения. В следующих разделах будут даны диагностические критерии депрессивного расстройства, как они сформулированы в Руководстве DSM для определения большого депрессивного расстройства и дистимического расстройства.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Депрессия у детей и подростков имеет многочисленные и устойчивые симптомы, выражающиеся в ухудшении настроения, поведения мышления, физического состояния организма, а также в негативном изменении жизненных установок.
- В течение долгого времени существовало ошибочное убеждение в том, что у детей не существует депрессии, сравнимой по форме с депрессией у взрослых.
- В настоящее время известно, что депрессия у детей и подростков часто встречается, но всегда распознаваемое тяжелое расстройство, распространенность которого постоянно увеличивается.
- В зависимости от возраста, депрессия у детей проявляется по-разному.
- Важно различать депрессивные симптомы, депрессивный синдром и депрессивное расстройство.

БОЛЬШОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Джой: Ощущение собственной никчемности

Мать и учительница 10-летнего Джоя обеспокоены его раздражительностью и вспышками гнева, которые случаются у него в школе и дома. По малейшему поводу он раздражается слезами, криками и бросается разными предметами. В классе он выглядит рассеянным, и ему бывает трудно сосредоточиться. Избегаемый сверстниками, он играет один на переменах, а дома проводит большую часть времени у себя в комнате, смотря телевизор. Его мать отмечает, что он стал плохо спать и прибавил в весе 4,5 килограмма за последние два месяца из-за постоянного переживания. Школьный психолог исключила у Джоя нарушение способности к научению или синдром гиперактивности и дефицита внимания. Она говорит, что Джой глубоко несчастный ребенок, который переживает ощущение своей никчемности и бесполезности, и даже высказывает жела-

ние умереть. Эти симптомы появились примерно 6 месяцев назад, после событий, происходивших в течение нескольких лет и связанных с тем, что отец Джоя развелся с его матерью, снова женился, уехал жить в другой город и теперь проводит с Джоем гораздо меньше времени (Адаптировано из Hammen & Rudolph, 1996).

Элисон: «Я не могла так больше жить»

Семнадцатилетняя Элисон отлично учится в школе, музыкально одаренная, привлекательная. Однако в течение последних трех лет ее жизнь очень мучительна. «Иногда, находясь в школе, я могла заплакать без всякой причины. Мои друзья говорили мне: «Элисон, у тебя нет повода для депрессии. Ты остроумна, талантлива, и можешь заполучить любого парня, какого пожелаешь». Когда мой ближайший друг 3 года назад уехал, я была действительно одинока, — говорит Элисон. — После этого меня стали посещать мысли о самоубийстве. Я писала об этом в своем дневнике и говорила на эту тему с друзьями. Я не могла есть, и все время испытывала усталость. Мне было трудно принимать даже самые простые решения. Я была в таком депрессивном состоянии, что несколько дней подряд не вставала с постели. Я не могла находиться в школе и всех ненавидела». Чувство отчаяния, которое владело Элисон, продолжало мучить ее целыми днями, затем неделями и месяцами. «В конце концов я не могла так больше жить, — говорит Элисон. — Я захотела умереть, поэтому совершила попытку самоубийства».

Несмотря на то что Джой и Элисон разного возраста, и их болезненные проявления различаются, у них обоих обнаруживаются основные признаки **большого депрессивного расстройства (МДД)**: печаль, отсутствие интереса к любым видам деятельности и неспособность получать от них удовольствие, раздражительность, кроме того, ряд дополнительных специфических симптомов, наблюдающихся, по крайней мере, на протяжении 2-х недель. Эти симптомы также отражают происходящие функциональные изменения. В табл. 8.1 представлены диагностические критерии Руководства DSM для определения тяжелого депрессивного эпизода.

Диагноз большого депрессивного расстройства ставится при наличии тяжелого депрессивного эпизода, исключающего другие условия, такие как предшествующий маниакально-депрессивный эпизод (при наличии обоих эпизодов может быть поставлен диагноз биполярного расстройства). Требуется также исключить влияние органических заболеваний, которые могут быть причиной депрессивного состояния или способствовать его поддержанию, депрессию, переживаемую в связи с тяжелой утратой, или возможные расстройства мышления.

Из историй болезни Джоя и Элисон можно выделить три важных принципа постановки диагноза

большого депрессивного расстройства у детей и подростков (Hammen & Rudolph, 1996):

- Одни и те же диагностические критерии Руководства DSM можно использовать и при постановке диагноза у детей и подростков, и при постановке диагноза у взрослых людей, а основные признаки расстройства обнаруживаются как у детей младшего возраста (например у Джоя), так и у подростков (например у Элисон).

- Поскольку детское деструктивное поведение привлекает к себе больше внимания, и его гораздо легче заметить, чем внутреннее, субъективное переживание, детская депрессия может оставаться нераспознанной.

- Некоторые характерные признаки депрессии, особенно раздражительность, вероятно, более распространены у детей и подростков, по сравнению со взрослыми.

Между детьми и взрослыми, имеющими большое депрессивное расстройство, существуют некоторые отличия в проявлении разных симптомов. Внешние проявления депрессивного состояния, тревога в связи со страхом разлуки, фобии, жалобы соматического характера и поведенческие проблемы чаще встречаются у более молодых, чем у людей старшего возраста. Наоборот, с возрастом начинают больше проявляться симптомы ангедонии, психомоторная заторможенность, чаще возникают попытки суицида, а также наблюдается общее ухудшение состояния организма (G. A. Carlson & Kashani, 1988; Hammen & Rudolph, 1996).

У большинства детей, подростков и взрослых, страдающих большим депрессивным расстройством, проявляются схожие симптомы и рецидивы, а также наблюдаются аналогичные сопутствующие патологические процессы или расстройства. Однако, по сравнению со взрослыми, у детей и подростков, находящихся под клиническим наблюдением в связи с большим депрессивным расстройством, почти во всех случаях отмечается первый депрессивный эпизод, который проходит у них быстрее, чем эпизод большого депрессивного расстройства; кроме того, они подвержены повышенному риску возникновения биполярного расстройства. Дети, у которых развивается большое депрессивное расстройство, страдают от него гораздо более длительное время, чем взрослые, в связи с этим возникновение большого депрессивного расстройства в раннем возрасте представляет собой особенно серьезную форму аффективного заболевания (Kovacs, 1996; Mitchell, McCauley, Burke & Moss, 1998).

Распространенность большого депрессивного расстройства

От 2 до 8% всех детей и подростков в возрасте от 4 до 18 лет переживают большое депрессивное расстройство (Poznanski & Mokros, 1994). Однако показатели распространенности заболевания варьируются в широком диапазоне в зависимости от возра-

ста детей. Например, депрессия редко встречается у дошкольников (менее 1%) и детей школьного возраста (около 2%) (Kashani & Carlson, 1987). Среди подростков, распространенность большого депрессивного расстройства увеличивается в два или три раза (Birmaher et al., 1996b). Поскольку депрессивное состояние — явление эпизодическое (возникающее и проходящее), показатели распространенности заболевания будут варьироваться в зависимости от продолжительности периода, в течение которого наблюдаются симптомы заболевания. Например, у подростков в возрасте 14–18 лет показатель распространенности депрессии составляет приблизительно 3%, если учитывается непродолжительный промежуток времени, в течение которого возникали симптомы, и приблизительно 8% за годичный период. Однако показатель распространенности заболевания, независимо от того, был ли подросток когда-либо прежде подвержен депрессии или нет, составляет не менее 20% (Lewinsohn, Clarke, Seeley & Rohde, 1994). Этот показатель аналогичен показателю у взрослых, что наводит на мысль о том, что причину депрессии у взрослых людей, вероятно, нужно искать в юности (Harrington, Rutter & Fombonne, 1996; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993).

Как бы высоки не были эти показатели, они могут недооценивать всю серьезность существующей проблемы. Во-первых, оценка распространенности депрессии, сделанная на основе формального диагноза большого депрессивного расстройства может не учитывать многие случаи проявления депрессии, о которых сообщают сами больные. Во-вторых, у большинства подростков, у которых не обнаруживаются диагностические критерии большого депрессивного расстройства, наблюдаются, тем не менее, значительные ухудшения, связанные с социальным взаимодействием, когнитивными навыками, способностями к адаптации, семейными взаимоотношениями и подверженностью стрессу. По сравнению с другими молодыми людьми, у них повышен риск возникновения в будущем депрессии и наркомании (Gotlib, Lewinsohn & Seeley, 1995; Herman-Stahl & Petersen, 1996).

Умеренный рост числа депрессивных расстройств среди детей в возрасте от 6 до 10 лет, вероятно, не имеет под собой биологических оснований, а скорее отражает рост самосознания и развитие когнитивных способностей, расширение вербальных возможностей для описания своих симптомов, и свидетельствует об увеличении учебной нагрузки и влияниях со стороны социального окружения. Наоборот, резкое увели-

Таблица 8.1

Основные диагностические критерии, согласно Руководству DSM-IV-TR, для определения большого депрессивного расстройства

Пять (или более) следующих симптомов, присутствующих в течение 2-недельного периода и отражающих изменения в состоянии организма; по крайней мере, один из двух симптомов: либо (1) депрессивное настроение, либо (2) отсутствие интереса к обычной деятельности или потеря чувства удовольствия.

Примечание: не включены симптомы, которые непосредственно вызваны медикаментозным воздействием, либо связаны с не соответствующим настроению большим бредом и галлюцинациями.

- (1) Постоянное (практически ежедневное и на протяжении всего дня) проявление депрессивного настроения, отмечаемое или по субъективным ощущениям больного (например чувство печали или опустошенность) или по наблюдениям других людей (например печальный вид).

Примечание: у детей и подростков может отмечаться раздражительность.

- (2) Постоянно наблюдаемое заметное ослабление интереса к любым видам деятельности и отсутствие чувства удовольствия практически от любой деятельности (отмечаемое как по субъективным ощущениям больного, так и по словам других людей).
- (3) Значительная потеря веса при условии, что человек не придерживается диеты, или, наоборот, прибавка веса (например, изменение веса тела больше, чем на 5% в течение месяца), или наблюдаемый почти ежедневно пониженный или, наоборот, повышенный аппетит.

Примечание: у детей нужно учитывать отсутствие естественных прибавок в весе.

- (4) Регулярная (наблюдаемая почти каждый день) бессонница или чрезмерная сонливость.
 - (5) Регулярное (возникающее почти каждый день) психомоторное возбуждение или заторможенность (отмечаемые другими людьми, а не просто субъективные ощущения беспокойства или заторможенности).
 - (6) Постоянное чувство усталости или упадка жизненных сил.
 - (7) Постоянное ощущение собственной никчемности или преувеличенное чувство вины, которое может иметь бредовый характер (сюда не относятся упреки в свой адрес или чувство вины по поводу болезненной слабости).
 - (8) Постоянно наблюдаемое ослабление мыслительных способностей, неспособность концентрироваться или нерешительность (отмечаемые по субъективным ощущениям больного или по словам других людей).
 - (9) Возникающие время от времени мысли о смерти (не просто страх смерти), возникающие время от времени мысли о суициде без конкретного плана действия; попытка или конкретный план осуществления суицида.
-

чение депрессивных расстройств у подростков, по-видимому, является результатом взаимодействия процесса биологического созревания в пубертатный период и важных изменений, связанных с процессом развития, которые происходят в это беспокойное время. Данная гипотеза подтверждается значительными гендерными различиями в протекании депрессивного расстройства после завершения пубертатного периода (что будет обсуждаться ниже), развитием биполярного расстройства и относительной стабильностью в показателях большого депрессивного расстройства на протяжении пубертатного периода развития (Birmaher et al., 1996 b).

СОПУТСТВУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА

Раймонд: Депрессия и вспышки ярости

Шестнадцатилетний Раймонд живет вдвоем с матерью. В течение последних нескольких месяцев он постоянно выглядит печальным и несчастным, его охватило чувство собственной никчемности. Его отвергают сверстники, и он проводит большую часть времени дома, в одиночестве, стараясь избегать школьных контактов. Раймонд постоянно чувствует усталость, у него часто возникает бессонница, он может лежать ночью часами без сна, а затем с трудом поднимается с постели утром. Они с матерью обеспокоены его весом, который сильно увеличился из-за того, что он не способен контролировать свой аппетит и употребляет в больших количествах чипсы, сладости и газированную воду. В школе он не в состоянии сконцентрироваться на занятиях.

Апатичность и отчуждение, демонстрируемые Раймондом, тем не менее сочетаются у него с периодическими вспышками ярости и агрессии. Он часто набрасывается в гневе на мать, в яростном порыве недавно пробил кулаком стену и дверь в доме. Он также несколько раз устраивал драки с другими учащимися своей школы из-за того, что те его дразнили. Он не слушается дома и нарушает правила поведения в школе, что приводит к частым конфликтам с матерью и школьной администрацией. Причиной направления Раймонда к специалисту стало его задержание за кражу в местном магазине. Ему был поставлен диагноз большого депрессивного расстройства с сопутствующим кондуктивным расстройством (Адаптировано из Compas & Hammen, 1994)

Подобно Раймонду, у 70% подростков с большим депрессивным расстройством наблюдается одно или несколько других расстройств (Simonoff et al., 1997). Наиболее часто встречающимися сопутствующими расстройствами у подростков, находящихся под клиническим наблюдением в связи с большим депрес-

сивным расстройством, являются тревожные расстройства, в частности общее тревожное расстройство, специфические фобии и тревожное расстройство в связи со страхом одиночества (*separated anxiety disorder*) (Compas & Oppedisano, 2000; L. D. Seligman & Ollindick, 1998). Широко распространены также дистимия, кондуктивное расстройство, синдром гиперактивности и дефицита внимания, расстройство, связанные со злоупотреблением алкоголем и наркотиками (Birmaher et al., 1996b; Simonoff et al., 1997).

До 20% подростков с большим депрессивным расстройством, проходящих лечение в государственных клиниках, также страдают сопутствующими расстройствами, наиболее распространенными среди которых являются тревожные расстройства, а также расстройства, связанные с деструктивным поведением и злоупотреблением алкоголем и наркотиками (Lewinsohn, Rohde, Seeley & Hops, 1991; Rao, Daley & Hammen, 2000). К тому же около 60% подростков с тяжелой депрессией страдают сопутствующим расстройством личности, наиболее часто встречающейся формой которого бывает пограничное расстройство личности (характеризуемое нестабильностью межличностных взаимоотношений, эмоциональных реакций, неустойчивым образом «я» и выраженной импульсивностью) (Birmaher et al., 1996b).

У подростков большое депрессивное расстройство, наиболее вероятно, возникает после, а не до появления других психических заболеваний, за исключением расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголем или наркотиками. Было установлено, что тяжелая депрессия возникает приблизительно четырьмя годами ранее расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами. Большинство сопутствующих расстройств обычно присутствует до возникновения большого депрессивного расстройства и, по всей вероятности, продолжает сохраняться даже после того, как ребенок излечивается от депрессии (Birmaher et al., 1996b).

Наличие сопутствующего расстройства представляет собой существенный фактор, который может увеличить у подростка риск возникновения повторной депрессии, повлиять на продолжительность и тяжесть депрессивного эпизода, и увеличить риск попыток самоубийства. Присутствие сопутствующего заболевания также ослабляет реакцию подростка на проводимое лечение, ухудшая его результаты (Birmaher et al., 1996b).

Возникновение, течение и последствия

Большинство взрослых людей, страдающих депрессией, сообщают о том, что первый депрессивный эпизод возник у них в возрасте от 15 до 19 лет (Burke, Burke, Regier & Rae, 1990). Однако исследования, проводимые среди детей и подростков, выявляют более ранние сроки возникновения депрессии, обычно в возрасте от 14 до 15 лет (Lewinsohn, Hops et al., 1993). Возникновение депрессивного расстройства в более раннем возрасте (до 15 лет) предполагает более серьезное течение заболевания и большую веро-

ятность того, что депрессивный эпизод повторится. Возникновение депрессивного расстройства в подростковый период может носить постепенный или, наоборот, внезапный характер. И в том, и в другом случае у подростка обычно наблюдаются предшествующие депрессивные эпизоды, выраженные в более легкой форме (Gotlib & Hammen, 1992).

В среднем, эпизод тяжелой депрессии у детей и подростков длится около 8 месяцев. При исследовании детей, проходящих лечение в государственной клинике, было выявлено, что первый депрессивный эпизод у них продолжался около 26 недель, при средней продолжительности 8 недель (Lewinsohn, Clarke, Seeley & Rohde, 1994). Большое депрессивное расстройство, протекающее в острой форме, когда приходится обращаться за врачебной помощью, обычно длится около года. Приблизительно 90% детей и подростков выздоравливают после эпизода тяжелой депрессии в течение 1–2 лет с момента возникновения заболевания, а остальные могут испытывать пролонгированный эпизод и оставаться в состоянии депрессии (Birmaher et al., 1996b; Kovacs, Obrosky, Gatsonis & Richards, 1997).

Несмотря на то, что в конечном итоге почти все дети и подростки выздоравливают после первого эпизода депрессии, их заболевание не проходит окончательно. Большое депрессивное расстройство представляет собой периодически повторяющееся состояние с вероятностью рецидива в 25% случаев через год, в 40% случаев через 2 года, и в 70% случаев через 5 лет. У значительного числа детей и подростков развивается хроническое, дающее рецидивы заболевание, которое сохраняется у них и в возрасте 20–25 лет (Lewinsohn, Rohde, Klein & Seeley, 1999; Rao, Hammen & Daley, 1999).

Из числа детей и подростков, госпитализированных по поводу депрессии, почти половина будет госпитализирована вновь в течение 2-х лет после ремиссии. Кроме того, почти у 30% детей и подростков развивается биполярное расстройство в течение 5 лет после возникновения депрессии (Kovacs, Akiskal, Gatsonis & Parrone, 1994; McCauley et al., 1993). Наиболее вероятно, что у таких детей и подростков большое депрессивное расстройство могло возникнуть в более раннем возрасте (до 10 лет), и такие дети и подростки могут иметь родственников, страдающих расстройствами настроения (Birmaher et al., 1996; Kovacs, 1996).

Для большинства детей и подростков депрессивный эпизод, вероятно, может продолжаться несколько месяцев, а те, у кого депрессия возникла в более раннем возрасте, будут переживать многочисленные эпизоды (Strober, Lampert, Schmidt & Morrell, 1993). Несмотря на то что процент выздоровлений высок, также регистрируется высокий процент рецидивов (Goodyer, Germany, Gowrusankur & Altham, 1991). Таким образом, депрессия — это состояние, которое сохраняется у ребенка на протяжении его развития, создавая долгосрочные проблемы социального, эмоционального и экономического характера, негативно воздействующие на самого ребенка и остальных членов его семьи (Kovacs, 1997).

Почему депрессивные эпизоды продолжают повторяться, и почему промежуток времени между эпизодами постепенно сокращается? Одна из причин заключается в том, что первый эпизод может сделать подростка более восприимчивым к последующим (Hammen, Henry & Daley, 2000). В соответствии с этой концепцией, первый эпизод может быть связан с конкретным фактором стресса (Lewinsohn, Allen, Seeley & Gotlib, 1999) и сопровождаться изменениями длительного характера, касающимися протекания биологических процессов и изменениями в детской восприимчивости по отношению к последующим факторам стресса (Post et al., 1996). Кроме того, первоначальные изменения, происходящие в головном мозге, под воздействием внешних факторов могут обуславливать последующие депрессивные эпизоды, и даже незначительные схожие события или стрессы могут привести к депрессии — феномен, известный как «возгорание» (*kindling*) (Kovacs, 1997; Post & Weiss, 1998).

Даже после завершения депрессивного эпизода многие дети и подростки продолжают проявлять менее выраженные симптомы депрессии и испытывают трудности психологического характера, проблемы со здоровьем и хронический стресс (Birmaher et al., 1996b; Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1994). Данная проблема вызывает сильную обеспокоенность, поскольку она является фактором риска для возникновения депрессивных эпизодов в будущем (Daley, Hammen & Rao, 2000; Lewinsohn, Seeley, Hibbard, Rohde & Sack, 1996).

В дополнение к периодическим приступам депрессии, ближайшие и долгосрочные прогнозы для детей с большим депрессивным расстройством включают многие другие негативные последствия. Например, у подростков, подверженных депрессии, наблюдается повышенный риск правонарушений, арестов и осуждений, исключений из школы и безработица (Lewinsohn, Roberts, et al., 1994). Депрессия, переживаемая в школьные годы, также увеличивает в дальнейшем риск возникновения наркомании, алкоголизма, попыток суицида, проблем, связанных с работой и супружеской жизнью (Gotlib, Lewinsohn & Seeley, 1998; R. C. Harrington & Vostanis, 1995; Rao et al., 2000). В целом последствия большого депрессивного расстройства для детей и подростков неблагоприятны. У них сохраняется повышенный риск развития расстройств настроения и других заболеваний, которые могут мешать их социальной жизни и учебе. Иллюстрацией этому может служить описание мрачной картины длительных последствий большого депрессивного расстройства, сделанное матерью одного депрессивного подростка. К несчастью, она не далека от истины:

Депрессия, возникающая у подростков, ломает их жизнь. Они неопытны и только начинают жить, они хотят стать независимыми. Но этого не происходит с детьми, страдающими депрессией. Они начинают отличаться от остальных своих сверстников, и им уже никогда больше не удаст-

ся быть такими, как все. Это оставляет неизгладимый след в их душе (Адаптировано из Owen, 1993, стр. С1).

Подобно взрослым, дети и подростки с большим депрессивным расстройством продолжают испытывать многочисленные негативные долгосрочные последствия, включая высокий риск суицидов и суицидных попыток, рецидивов большого депрессивного состояния, госпитализаций по психиатрическим и общим показаниям, алкоголизма и наркомании. У таких детей и подростков в дальнейшем могут возникать трудности, связанные с социальным взаимодействием, учебой и устройством на работу (Weissman, Wolk et al., 1999a, 1999b).

Гендерные и этнические различия

В чем выражается двойной стандарт депрессии? В том, что у женщин вероятность возникновения депрессивного расстройства в два раза выше, чем у мужчин, и у женщин расстройство настроения выражены в более мягкой, по сравнению с мужчинами, форме. Однако эти гендерные различия не наблюдаются среди детей в возрасте от 6 до 11 лет, когда депрессия в равной степени распространена среди мальчиков и девочек (Speier, Sherak, Hirssch & Cantwell, 1995). Для депрессии характерно появление гендерных различий у детей в возрасте от 13 до 15 лет, когда возрастает процент депрессивных девочек (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Как показано на рис. 8.1, распространенность депрессии, так же, как и гендерные различия очень сильно увеличиваются в возрасте между 15 и 18 годами (Hankin et al., 1998). Соотношение депрессивных девочек и мальчиков воз-



Девочки-подростки особенно подвержены депрессии.

растает примерно от 2 : 1 в пубертатный период до 3 : 1 после его завершения и остается неизменным на всем протяжении юности и зрелого возраста.

Увеличение числа страдающих депрессивным расстройством в юности и проявление гендерных различий в это время вызывают интерес к данному периоду развития (Petersen et al., 1993). Физические, психологические и социальные изменения, происходящие в юности, могут снизить самооценку, вызвать дисфорическую окраску настроения и привести к замкнутости, когда внимание в основном концентрируется на собственных переживаниях. Считается, что женщины больше подвержены риску возникновения депрессивных расстройств, чем мужчины, потому что более ориентированы на социальное взаимодействие. К тому же стрессы, особенно те, которые связаны с неудачами в межличностных взаимоотношениях и разрывами, вызывают у них рефлексивную и долгие мучительные размышления. Все это может ставить девочек в невыгодное положение в юности, когда они сталкиваются с более серьезными, чем мальчики, проблемами биологического характера, что приводит к стрессу и трудностям, связанным с установлением ролевых отношений (*role-related*) (Avison & McAlpine, 1992; Rudolph & Hammen, 1999).

Женщины могут к тому же иметь биологические предпосылки для развития депрессии. Гормональные циклы и циклы сна, оказывающие влияние на изменения настроения, сильно различаются у лиц мужского и женского пола. При исследовании кровообращения в различных зонах головного мозга у мужчин и женщин, находящихся в депрессивном состоянии, было установлено, что, хотя они испытывали схожие чувства, у них наблюдались гендерные различия в активности определенных участков головного мозга. При ощущении печали у всех испытуемых становились активными зоны левой префронтальной доли коры головного мозга, но у женщин отмечалась гораздо более сильная активация лимбической системы, по сравнению с мужчинами. Эти данные, полученные в результате исследований взрослых людей, предполагают, что гендерные различия депрессии могут отчасти быть вызваны различиями в протекании тех процессов в головном мозге, которые регулируют эмоции (George, Ketter, Parekh, Herscovitch & Post, 1996).

Было установлено, что распространенность депрессивного расстройства сильно варьирует в разных районах земного шара (Culberston, 1997; Leutwyler, 1997); однако было проведено слишком мало исследований, для того чтобы изучить этнические и культурные различия среди детей и подростков в связи с возникновением у них большого депрессивного расстройства. В одном исследовании сравнивалась распространенность тяжелой депрессии среди девяти этнических групп на примере крупной выборки подростков в возрасте 13–17 лет (R. E. Roberts, Roberts, Chen, 1997). В этих группах, как афроамериканские, так и мексикано-американские подростки имели значительно более высокие показатели распространенности депрессии. Тем не менее

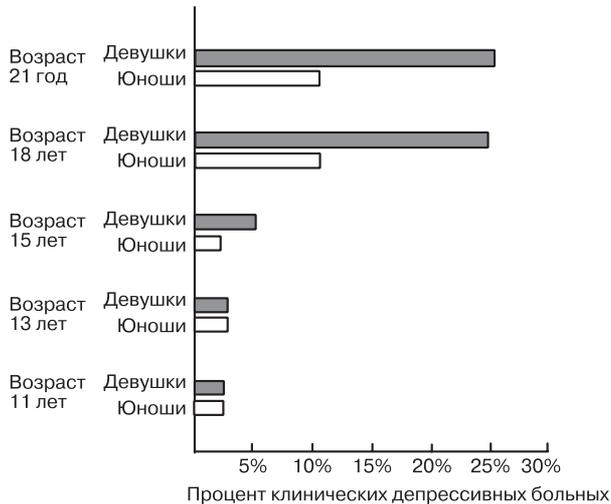


Рис. 8.1. Общий процентный показатель распространенности депрессии и гендерная диспропорция значительно возрастают в период от 15 до 18 лет.

только мексикано-американские подростки с депрессией демонстрировали повышенный риск ухудшения состояния организма в целом. В другом исследовании было выявлено, что подростковый возраст характеризуется повышением риска развития депрессии у белых девочек, но не у афро-американок или испанок (Hayward, Gotlib, Schraedley & Litt, 1999).

ИТОГИ РАДЕЛА

- Главными признаками депрессивного расстройства являются чувства печали, уныния, потеря интереса практически к любой деятельности или отсутствие удовлетворения от всего, что делает человек, раздражительность, кроме того, большое число дополнительных специфических симптомов, которые наблюдаются, по крайней мере, в течение 2-недельного периода.
- Общая распространенность заболеваний большим депрессивным расстройством для детей в возрасте от 4 до 18 лет составляет 2–8%, относительное количество страдающих депрессией остается достаточно низким в детском возрасте, но значительно возрастает в юности.
- Большому депрессивному расстройству у детей и подростков чаще всего сопутствуют тревожное и кондуктивное расстройства, дистимия, синдром гиперактивности и дефицита внимания, а также расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.
- Почти все подростки выздоравливают после завершения первого депрессивного эпизода, но при-

мерно у 70% возникает повторный эпизод в течение последующих 5 лет, и у многих развивается биполярное расстройство.

- Депрессия у детей, не достигших пубертатного возраста, одинаково распространена как среди мальчиков, так и среди девочек, но в пубертатный период соотношение депрессивных девочек и мальчиков составляет почти 2 : 1, а после завершения этого периода примерно 3 : 1.

В следующем разделе мы обсудим дистимическое расстройство, более мягкую, но хроническую форму депрессии, о которой мы знаем относительно мало, по сравнению с большим депрессивным расстройством. Дистимическое расстройство и большое депрессивное расстройство взаимосвязаны, так как у многих детей с дистимией в конце концов развивается большое депрессивное расстройство.

ДИСТИМИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (DD)

Дебора: Потерянное детство

Недавно мама показала мне несколько моих детских фотографий, которых я никогда не видела прежде. На одном снимке мне примерно 9 месяцев, я ползаю по траве в Голден Гейт Парке*. Я смотрю прямо в объектив и радостно смеюсь, чуть высунув кончик языка. Мое лицо светится счастьем, и я выгляжу беззаботной маленькой озорницей. Я находилась под впечатлением от этой фотографии несколько дней. Я постоянно вытаскивала ее из бумажника и пристально разглядывала, то с улыбкой, то со слезами. Какое-то время я не могла понять, что именно меня так привлекало в ней. Наконец до меня дошло — это была единственная моя детская фотография, из всех известных мне, на которых я выглядела смеющейся. Все другие фотографии изображали ребенка, смотрящего серьезными глазами или робко улыбающегося, но никогда не смеющегося. Я смотрела на фотографию в Голден Гейт Парке, и мне очень хотелось, чтобы я осталась такой же счастливой, и мне было очень грустно от того, что депрессия отняла у меня детство. Когда в 24 года мне был поставлен диагноз «депрессия», я разговаривала о своем детстве с врачом. Несмотря на то, что поставить диагноз ребенку по прошествии 20 лет очень трудно, мы пришли к выводу, что с самого раннего детства я страдала от дистимии (мягкой, но продолжительной формы депрессии) (Адаптировано из Deren, 1997).

* Парк в Сан-Франциско. — Примеч. ред.

Подобно Деборе, у подростков, страдающих, от **дистимического расстройства**, или **дистимии**, наблюдается депрессивное настроение большую часть времени, на протяжении, по крайней мере, 1 года. Чаще всего такие дети бывают грустны или раздражительны. Несмотря на то что симптомы приобретают хроническую форму, они менее выражены, чем у детей с большим депрессивным расстройством. В табл. 8.2 приводятся критерии Руководства DSM для постановки диагноза дистимического расстройства.

Дети с дистимическим расстройством, характеризуются недостаточной регуляцией эмоций, у них преобладают чувства печали и одиночества. Им свойственны также самообвинения, низкая самооценка, тревожность, раздражительность и вспышки гнева (Renouf & Kovacs, 1995). Некоторые дети могут испытывать **двойную депрессию**, когда тяжелый депрессивный эпизод накладывается у ребенка на имеющееся дистимическое расстройство так, что у него присутствуют оба расстройства (Lewinsohn et al., 1991).

В связи с хронической природой дистимического расстройства возникает вопрос о том, является ли это состояние расстройством настроения или общим стилем поведения, характерным для данной личности (Daley et al., 1999). Например, у всех нас есть знакомые, которых мы могли бы описать как унылых, мрачных и не способных ничему радоваться людей. Дистимическое расстройство протекает обычно в хронической форме, что типично для расстройств настроения, и растет число доказательств его существования у детей и подростков. Сходство между дистимическим расстройством и большим депрессивным расстройством у детей и подростков предполагает, что дистимическое расстройство представляет собой расстройство настроения, а не стиль поведения, присущий данной личности (Renouf & Kovacs, 1995).

Распространенность и сопутствующие расстройства

Показатели распространенности дистимического расстройства ниже, чем большого депрессивного расстройства, приблизительно 1% детей и 5% взрослых проявляют симптомы данного расстройства (Birmaher et al., 1996b; Lewinsohn, Hops et al., 1993). Около 5% детей и подростков переживают эпизод дистимического расстройства к моменту завершения юношеского периода (Renouf & Kovacs, 1995).

Самым распространенным заболеванием, которое сопутствует дистимическому расстройству в детском возрасте и юности, является большое депрессивное расстройство. 30% детей с диагнозом большого депрессивного расстройства имеют также сопутствующее дистимическое расстройство. У 70% детей с дистимией возникает эпизод большого депрессивного расстройства (Renouf & Kovacs, 1995). Приблизительно у половины детей с дистимическим расстройством также наблюдается одно или несколько сопутствующих расстройств, появление которых предшествует дистимии; к ним относятся: тревожные расстройства, кондуктивное расстройство, синдром гиперактивности и дефицита внимания (ADHD) (Kovacs et al., 1994).

Возникновение, течение и последствия

В сравнении с большим депрессивным расстройством, дистимическое расстройство развивается в относительно раннем возрасте, обычно в 11–12 лет (Kovacs et al., 1997). Дистимическое расстройство возникает приблизительно тремя годами ранее, по сравнению с большим депрессивным расстройством и может быть предвестником его развития, так как дистимия почти всегда предшествует тяжелой депрессии (Lewinsohn et al., 1991; Lewinsohn, Pops, et al., 1993).

Таблица 8.2

Основные диагностические критерии, согласно Руководству DSM-IV-TR, для определения дистимического расстройства

Source: DSM-IV-TR Copyright © 2000 by APA

A. Депрессивное настроение большую часть дня, на протяжении многих дней, отмечаемое как по субъективным ощущениям больного, так и по наблюдениям других людей, в течение, по крайней мере, 2-х лет.

Примечание: у детей и подростков в настроении может присутствовать раздражительность, а депрессивное состояние должно отмечаться, по крайней мере, в течение 1 года.

B. Наличие в депрессивном эпизоде двух (или более) следующих симптомов:

- (1) Плохой аппетит или переедание
- (2) Бессонница или чрезмерный сон
- (3) Упадок сил или чувство усталости
- (4) Заниженная самооценка
- (5) Плохая концентрация внимания или трудности с принятием решений
- (6) Чувство отчаяния

C. На протяжении 2-летнего периода (1 год для детей и подростков) проявления расстройства, отсутствие симптомов A и B должно длиться не более чем 2 месяца подряд.

Дистимическое расстройство, возникшее в детском возрасте, имеет пролонгированное течение со средней продолжительностью эпизода 2–5 лет (Lewinsohn et al., 1991). В одном клиническом исследовании примерно половине детей, страдающих этим расстройством, понадобилось больше 4-х лет для выздоровления. Продолжительность периода выздоровления зависела не от характера лечения, а от наличия сопутствующих поведенческих проблем. Дистимическое расстройство продолжалось примерно на два года дольше при условии сопутствующих поведенческих проблем (Kovacs et al., 1997).

Раннее возникновение и растянутое во времени течение делают дистимическое расстройство серьезной проблемой. Подростки, у которых дистимическое расстройство развивается в возрасте около 9 лет, и которые выздоравливают четырьмя годами позднее, проведут больше 30% всей своей жизни и половину своих школьных лет в состоянии депрессии. Поскольку депрессия связана со многими учебными, когнитивными, семейными и социальными проблемами, такие длительные эпизоды дистимии могут оказать крайне пагубное воздействие на детское развитие (Renouf & Kovacs, 1995).

Почти все дети и подростки в конце концов выздоравливают от дистимии. Но появляется чрезвычайно высокая вероятность возникновения у них других расстройств, главным образом большого депрессивного расстройства, тревожных расстройств (особенно тревожного расстройства, связанного со страхом одиночества, и общего тревожного расстройства) и кондуктивного расстройства. У подростков, страдающих дистимией, к тому же наблюдается повышенный риск последующего развития биполярного расстройства и расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами (Kovacs et al., 1994). Из числа детей, госпитализированных по поводу дистимического расстройства, 40% будут снова госпитализированы в течение первого года после выписки (Asarnow, Goldstein, & Ben-Meir, 1988).

Дети и подростки с дистимическим расстройством сообщают о том, что они получают меньше социальной поддержки со стороны своих друзей, данная особенность характерна для детей с дистимией при сравнении их с детьми, страдающими большим депрессивным расстройством (D. N. Klein, Lewinsohn & Seeley, 1997). Дети, излечивающиеся от дистимического расстройства, ничем не отличаются от остальных в плане семейных взаимоотношений, по своим когнитивным способностям или способностям обучения. После выздоровления остается только одна сфера деятельности ребенка, на которой лежит отпечаток болезни, — сфера социального взаимодействия (D. N. Klein et al., 1997). Однако до сих пор неизвестно, предшествуют ли нарушения в социальном взаимодействии дистимическому расстройству или возникают как следствие этого расстройства. Они могут служить фактором риска для развития дистимического расстройства или оставить глубокий продолжительный след перенесенного заболевания (Renouf & Kovacs, 1995).

Поскольку за дистимическим расстройством, возникшим в раннем возрасте, почти всегда следует развитие большого депрессивного расстройства, а иногда биполярного расстройства, диагностирование дистимии на ранних этапах заболевания может способствовать выявлению тех детей, кто подвержен риску расстройств настроения в более позднем возрасте, что может иметь важное значение для профилактики этих заболеваний.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- У детей с дистимическим расстройством симптомы депрессивного состояния наблюдаются в течение многих дней на протяжении года.
- Приблизительно 5% депрессивных детей и подростков переживают эпизод дистимии в возрасте до 18 лет.
- Наиболее распространенными, сопутствующими дистимии заболеваниями являются: большое депрессивное, кондуктивное и тревожные расстройства, а также синдром гиперактивности и дефицита внимания.
- Обычно дистимическое расстройство начинает проявляться в возрасте 11–12 лет, со средней продолжительностью эпизода от 2 до 5 лет.
- Почти все дети и подростки в конце концов излечиваются от дистимии, но у многих развивается большое депрессивное расстройство.
- Дети, которые излечиваются от дистимического расстройства, ничем не отличаются от остальных, за исключением возникающих проблем, связанных с социальным взаимодействием.

Теперь, когда у нас сложились основные представления о том, что такое большое депрессивное и дистимическое расстройства, мы рассмотрим ассоциированные характеристики и возможные причины возникновения этих расстройств.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Дети и подростки с депрессией испытывают такие трудности, касающиеся их интеллектуальной деятельности, у них возникают проблемы с учебной и поведенческой, нарушения, связанные с самовосприятием и самооценкой, трудности в решении социальных вопросов и в преодолении стрессовых ситуаций (Garber & Kaminsky, 2000; Kovacs & Goldstein, 1991). Поскольку при депрессии часто отмечается

тревожность и другие расстройства, мы не знаем, являются ли ассоциированные характеристики специфическими для депрессии или имеют отношение к наличию общей психопатологии (Lewinsohn, Gotlib & Seeley, 1997). Кроме того, часто бывает трудно понять, возникают ли нарушения, связанные с когнитивной или социальной деятельностью в результате депрессии или являются ее причиной (D. A. Cole, Martin, Powers & Truglio, 1996).

Интеллектуальная деятельность и учеба

Конкретные депрессивные симптомы — плохая концентрация, отсутствие интереса, заторможенность мыслительных процессов и медлительность, вероятно, оказывают особо пагубное воздействие на интеллектуальную деятельность ребенка и его учебу. Общий интеллектуальный потенциал детей и подростков, страдающих депрессией, сравним с потенциалом тех, кто не страдает депрессией. Связь между тяжестью депрессивного расстройства и общим уровнем интеллекта ребенка достаточно слабая и предполагает избирательное влияние депрессии на когнитивные способности. Например, депрессия может ассоциироваться с ухудшением способностей, необходимых для выполнения невербальных задач, требующих внимания, координации, и скорости, но данные способности не нужны для решения тех задач, которые требуют вербальных и интеллектуальных навыков (Kovacs & Goldston, 1991).

Дети и подростки с большим депрессивным расстройством хуже учатся по сравнению с другими учениками в школе, набирают меньшее количество баллов при проведении стандартных тестов, оценивающих способности к школьному обучению, и рассматриваются своими преподавателями как ученики, которые недостаточно занимаются учебной и имеют низкий уровень знаний (D. A. Cole, 1990; D. A. Cole et al., 1996). Плохая концентрация внимания и ухудшение мыслительных способностей, психомоторная заторможенность или возбуждение, усталость, бессонница и жалобы соматического характера приводят к тому, что ребенок может остаться на второй год, опаздывает в школу или прогуливает занятия, не выполняет домашние задания, выражает чувство неудовлетворенности и отказывается посещать школу (Kearney, 1993; Lewinsohn, Roberts et al., 1994). Дженнифер, 15-летняя девочка, страдающая большим депрессивным расстройством, и ее мать, испытав все это на себе, говорили о школе следующее:

«Школьные занятия — это пустая трата времени, — говорит Дженнифер. — Я не хочу посещать школу. У меня нет ни сил, ни стремления учиться. Я просто говорю, что устала, поэтому могу остаться дома в постели и проспаться весь день». Мать Дженнифер рассказывает: «Мы часто ссорились из-за того, что дочь не хотела идти в школу. В конце концов я стала позволять ей оставаться дома, лишь бы избежать очередного скандала».

До сих пор неясно, в какой мере большое депрессивное расстройство оказывает влияние на школьное обучение. Некоторые исследования обнаружили, что проблемы, связанные со школой, исчезают, после того как ребенку удается преодолеть депрессию, в то время как другие сообщают о том, что трудности с учебой продолжают сохраняться даже после выздоровления (Kovacs & Goldston, 1991; Puig-Antich et al., 1985). В общих чертах, связь между депрессией и школьными проблемами не настолько сильна, как связь между депрессией и трудностями в социальном взаимодействии (Lewinsohn et al., 1997).

Когнитивные искажения

— *Доброе утро, Медвежонок Пух, — ответил Иа-Иа уныло. — Если это утро доброе, — сказал он. — В чем я лично сомневаюсь».*

A. A. Miln, Winnie-the-Pooh (1926)

A. A. Милн, Винни-Пух (1926)

Перев. Б. Заходера

Элли: Жизнь не стоит затраченных усилий

...Жизнь кажется бессмысленной и бесполезной. Скучные дни тянутся один за другим. И каждое утро ты спрашиваешь себя, а стоит ли жизнь затраченных усилий, и выдержишь ли ты все это. Я понимаю, со мной что-то происходит. Я ничемный человек. Как неприятно осознавать, что ты неудачник абсолютно во всем, ноль, пустое место. У меня возникает такое чувство, что я не способна ничего делать правильно, что я вообще ни на что не способна (Адаптировано из McKnew, Cytryn, & Yahraes, 1983).

У многих депрессивных детей и подростков отмечаются когнитивные искажения (Kaslow, Brown & Mee, 1994), некоторые из которых, например болезненные переживания по поводу собственной бесполезности, как у Элли, связаны с диагнозом депрессивного расстройства. Другие негативные предубеждения-гиперболы («Я никогда не сделаю ничего так, как надо» и «Я — неудачник абсолютно во всем») не относятся к конкретному диагнозу, но обычно сопутствуют данному расстройству. Негативная самооценка депрессивных больных, связанная с такими мыслями, как, например: «Я — ни на что не способен», «Я во всем всегда проигрываю», «Я уродлив», «Я не буду иметь успеха» являются типичными. К несчастью, ребенку, страдающему депрессией, не легко избавиться от таких мыслей, а обычные советы «смотреть на жизнь с оптимизмом» или «не воспринимать все так серьезно» не помогают.

Дети и подростки, страдающие депрессией, часто дают неточные интерпретации своих переживаний (Fichman, Koestner & Zuroff, 1996). Они уделяют слишком много внимания негативным событиям своей жизни, мучительно и долго осмысливают их (обнаруживают так называемый стиль *депрессивной*



Перепечатано с разрешения United Feature Syndicate

рефлексии) (Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman, 1992). Они неправильно истолковывают жизненные ситуации, болезненно воспринимают безобидные замечания со стороны других. Им кажется, что они отвергнуты всеми, обречены на постоянные неудачи, а впереди их ждут крушения надежд и разочарования. Они легко впадают в уныние и состояние фрустрации — самые незначительные неприятности воспринимаются ими как настоящие катастрофы.

Подростки, страдающие депрессией, часто принижают собственные достоинства и отказываются от заслуженных наград. Они судят о себе как о неспособных, бесполезных людях в любых сферах деятельности и, сталкиваясь с неудачами, склонны делать критические замечания в свой адрес (например «Это произошло, должно быть, по моей вине»). Негативное мышление и ошибочные самообвинения распространяются на все жизненные ситуации, поэтому дети и подростки, страдающие депрессией, повидимому, не надеются получить какое-либо удовольствие или удовлетворение от своей жизни.

К тому же дети и подростки, испытывающие депрессию, обычно думают, что никто не в состоянии помочь им избавиться от страданий. Поскольку в их жизни доминирует пессимистический взгляд на будущее и ощущение безнадежности, они оказываются в замкнутом круге саморазрушительных негативных мыслей, что самым пагубным образом отражается на их поведении в школе и дома. Продолжающиеся ухудшения вызывают у них мысли о еще большей собственной несостоятельности, в результате возникает негативная обратная связь. Все это поддерживает у них представление о неспособности что-либо изменить, которое в свою очередь приводит к еще большему ухудшению их состояния.

Дети и подростки, страдающие депрессией, уверены в том, что они не способны справиться даже с самыми незначительными трудностями, им кажется, что у них вообще нет никаких жизненных целей. Самые незначительные требования вызывают у них растерянность и даже отчаяние. Они к тому же убеждены в том, что не будет конца их тревогам, ощущают собственную беспомощность и не могут выбраться из того замкнутого круга, в котором оказались. Пессимистичный взгляд на вещи делает их уязвимыми перед депрессиями, возникающими как

реакция на стрессовые события в жизни (Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman, 1992; Robinson, Garber & Hilsman, 1995). Поскольку их пессимизм сохраняется и после ремиссии, то у них возникает риск развития повторного депрессивного эпизода в будущем (Gotlib, Lewinsohn, Seeley, Rohde & Redner, 1993).

Около 65% депрессивных детей и подростков сообщают о чувстве безнадежности или негативных мыслях по поводу своего будущего, что можно рассматривать как симптом депрессивного расстройства (Mitchell et al., 1988). Такое ощущение безнадежности связано с заниженной самооценкой, мыслями о суициде и попытками самоубийства (Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson & Sherick, 1983; Marciano & Kazdin, 1994).

Заниженная самооценка

Как-то Иа-Иа — старый серый ослик — долго стоял на берегу ручья и понуро смотрел в воду на свое отражение.

— Душераздирающее зрелище, — сказал он наконец. — Вот как это называется — душераздирающее зрелище.

А. А. Милн, Винни-Пух (1926)
A. A. Miln, Winnie-the-Pooh (1926)
 Перев. Б. Заходера

Фара: Всегда недовольная собой

Мать 15-летней Фары говорит, что она «примерная дочь», одна из лучших учениц в своем классе, активная в общественной жизни и пользуется большой популярностью среди своих сверстников. Ее мать обеспокоена тем, «как самокритично Фара относится к себе, поскольку считает, что должна быть идеальной во всех отношениях». Если Фара не получает высшую оценку за контрольную работу, она не позволяет себе встречаться с друзьями и целый день сидит у себя в комнате, исправляя ошибки. Фара признает, что предъявляет к себе слишком высокие требования, и если ей не удается их выполнять, она становится излишне самокритичной и наказывает

себя. Она даже надавала себе пощечин, когда увидела у себя, как ей показалось, «неудовлетворительную» оценку (получив А с минусом вместо А)*. Достижения Фары приносят ей мало радости, а любое событие, воспринимаемое как неудача, вызывает немедленное самоосуждение. Общая самооценка у Фары занижена, а ее самовосприятие, зависящее от достижений в учебе, очень уязвимо.

Почти все дети и подростки, страдающие депрессией, имеют заниженную самооценку, которая связана с депрессивным настроением и другими симптомами депрессии, такими как низкий тонус (Mitchell et al., 1988; Renouf & Harter, 1990). Заниженная самооценка также является симптомом, который наиболее специфическим образом связан с депрессией у подростков (Lewinsohn et al., 1997). Самооценка подростков, страдающих депрессией, в значительной степени зависит у них от событий повседневной жизни. Кроме того, ежедневные колебания в самооценке, вероятно, связаны с депрессией, возникающей вслед за воздействием сильных жизненных стрессов (R. E. Roberts & Gotlib, 1997). Таким образом, и заниженная самооценка, и нестабильная самооценка, по-видимому, играют важную роль в возникновении депрессивного расстройства.

Поскольку внешний вид и одобрение сверстников особенно важны для самооценки большинства подростков, ощущение своей несостоятельности в этом вопросе может повысить риск возникновения депрессивного расстройства. Тот факт, что низкие самооценки девочек-подростков часто связаны с негативными представлениями о своих внешних данных, может отчасти объяснить повышенный риск возникновения у них депрессии (Allgood-Merten, Lewinsohn & Hops, 1990; Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991).

Недавно была предложена интересная концепция, рассматривающая взаимосвязь самооценки и депрессии. Предполагается, что дети стремятся узнать, и воспринимают как обратную связь мнение других людей о своей компетентности и некомпетентности в следующих областях: учебе, социальных взаимоотношениях, спорте, поведении и в вопросах, касающихся внешнего вида. Представление о самом себе зависит от обратной связи, в результате может получиться разностороннее, положительное представление о собственной личности, что способствует оптимизму, энергии, энтузиазму или же, наоборот, возникает одностороннее негативное представление, которое вызывает пессимизм, чувство беспомощности, и, возможно, депрессию (Jordan & Cole, 1996; Seroczynski, Cole & Maxwell, 1997). Дети и подростки, чьи представления о самих себе негативны и сфокусированы на какой-то одной области, например на

учебе, могут проявлять нестабильность в своих самооценках потому, что они не обращают внимания на альтернативные компенсирующие виды деятельности (например: спорт, социальные взаимоотношения). В результате у них может развиваться депрессивное расстройство, когда они сталкиваются со стрессом в той области, которой уделяют все свое внимание (Jordan & Cole, 1996).

Социальное взаимодействие и проблемы взаимоотношений со сверстниками

У детей и подростков, страдающих депрессией, мало друзей, у них трудно складываются близкие взаимоотношения с другими людьми, они испытывают чувство одиночества и изоляции, ощущение того, что они никому не нравятся (ощущение, которое, к несчастью, часто подтверждается на самом деле) (Kaslow et al., 1994). Те, кто сообщает о своих плохих взаимоотношениях с друзьями на момент обращения к врачу по поводу депрессии, имеют меньшую вероятность излечения от депрессивного расстройства (Goodyer, Herbert, Tamplin, Secher & Pearson, 1997). Даже те из них, кто выздоравливает после депрессии, продолжают испытывать некоторые сложности, связанные с их социальными взаимоотношениями (Kovacs & Goldston, 1991).

Более, чем дисфорическая окраска настроения, *социальная отчужденность* является симптомом, который точнее всего отличает детей и подростков, страдающих депрессией, от тех, у кого имеются другие расстройства (Kovacs & Cooper, 1993; Kovacs, 1987). Дети и подростки, подверженные депрессии, часто проводят много времени в одиночестве, проявляя мало заинтересованности в том, чтобы встретиться с друзьями, их деятельность носит однообразный характер. Социальная отчужденность может отражать неспособность устанавливать взаимоотношения с другими людьми, возможно, связанную с проявлениями негативизма, раздражения и агрессии по отношению к окружающим; дефицит навыков социального общения, например умения начать разговор или умения заводить друзей; и незнание того, как себя вести с другими людьми (Altman & Gotlib, 1988). Социальная отчужденность, отсутствие стремления к социальному взаимодействию и негативные реакции со стороны других людей могут самым серьезным образом повлиять на социальное развитие человека. Таким образом, детям и подросткам, страдающим депрессией, недостает опыта социальных взаимоотношений, — опыта, который вырабатывал бы у них эффективные навыки общения и способствовал развитию здоровых социальных взаимоотношений (Kovacs, 1997; Kovacs & Goldston, 1991).

Дети и подростки, страдающие депрессией, пользуются неэффективными способами разрешения проблем, которые ставит перед ними социальная ситуация. Например, они меньше применяют активные, сфокусированные на данной проблеме способы овладения ситуацией, и предпочитают оставаться пассивными, тяжело переживая свои трудности и подо-

* В американской системе образования используются буквенные оценки: А — «отлично», В — «хорошо», С — «удовлетворительно», D — «неудовлетворительно», «плохо». — *Примеч. ред.*

лгу размышляя над ними (Hammen & Rudolph, 1996). Тинейджеры, страдающие депрессией, могут к тому же принимать неверные решения при столкновении с социальными проблемами, например, начинают пить или употребляют наркотики в ответ на разрыв взаимоотношений со своим другом или подругой. Примером этому может служить признание Пэйдж, 17-летней девушки:

Я была так несчастна, что не заботилась о себе и не думала о собственной безопасности. Я много пила и часто курила марихуану. Временами я доходила до такого состояния, что не отдавала себе отчета в том, что со мной происходит. Однажды ночью, наверное, целое стадо парней занималось со мной сексом, когда я была под кайфом и ничего не соображала. Я никогда ничего не помнила, на следующий день мне все рассказывали другие. У меня было несколько достаточно скверных знакомств с молодыми людьми. Я могла встречаться с парнями, которые укрепляли во мне представление о самой себе как об уродливой, глупой и взбалмошной особе. Я проливала слезы о своем первом мальчике и начала встречаться с 20-летним парнем, у которого была собственная квартира и который играл в джаз-оркестре. У него были татуировки на руках и животе. Я могла встречаться с парнями просто потому, что впадала в угнетенное состояние, даже если они мне не нравились. Я могла выбирать тех парней, кто находился в депрессии или тех, кто не нравился моим родителям (Solín, 1995b).

Интересно отметить, что способность к пониманию, необходимая для установления соответствующих социальных взаимоотношений, по-видимому, в основном не нарушена у детей и подростков, страдающих депрессией. Они в большинстве случаев, так же как и другие, способны принимать сознательные решения по поводу встающих перед ними проблем межличностного характера, и так же, как и другие, решают задачи, связанные с социальными познаниями (Kovacs & Goldston, 1991). Однако, как мы видим в случае с Пэйдж, нарушения в социальном поведении находятся в полном несоответствии с их пониманием сущности социальных взаимоотношений.

Семейные проблемы

У депрессивных детей и подростков складываются плохие взаимоотношения с родителями, братьями и сестрами (Chiariello & Orvaschel, 1995). Они сообщают о том, что испытывают социальную изоляцию и предпочитают быть одни, а не в кругу семьи (Larson, Raffaelli, Richards, Hamm & Jewell, 1990). В семейных взаимоотношениях детская социальная изоляция может свидетельствовать не о нарушениях навыков общения, а скорее отражает же-

вание ребенка избежать конфликтов. Было установлено, что трудности в семейных взаимоотношениях продолжают сохраняться даже после того, как дети излечиваются от депрессивного расстройства (Giaconia et al., 1994).

Дети и подростки, страдающие депрессией, могут быть крайне негативно настроены по отношению к своим родителям, а те в свою очередь отвечают им в недоброжелательной, грубой или суровой манере (Coyne, Downey & Boergers, 1992). Если такого рода стычки повторяются с течением времени, они неблагоприятно отражаются на взаимоотношениях родителей и детей. Те из депрессивных детей, которые бывают раздражительны, безответны и безучастны, предоставляют своим близким мало возможностей для положительного подкрепления взаимоотношений с ними и отбивают у родителей желание выполнять свой родительский долг (Kovacs, 1997).

Суицид

Карла: «Это стало невыносимым»

Двенадцатилетняя Карла была доставлена в реанимационное отделение в бессознательном и нестабильном состоянии после приема 8 таблеток элавила™ (Elavil™) по 50 мг каждая, которые принадлежали ее матери, неизвестного количества антидепрессантов и около 20 таблеток тайленола.

Это была первая попытка суицида. Она произошла после спора с отцом из-за выполнения домашних обязанностей и ограничений, наложенных им в связи с ее плохими оценками в школе. Карла рассказала, что она залезла в аптечку и проглотила все, что могла найти, потому что: «Это стало невыносимым», и она «не хотела больше жить». В течение последних месяцев у нее наблюдались заметные колебания настроения, ее поведение отличалось нестабильностью и депрессивностью, она испытывала чувство отчаяния и собственной никчемности. За это время у нее пропал аппетит, она сильно похудела. Карла все более отдалялась ото всех, сидела в одиночестве у себя в комнате. Ее успеваемость в школе, из-за которой отец наказывал ее, резко снизилась, она стала получать плохие оценки. У матери и бабушки Карлы по материнской линии наблюдались в прошлом аффективные расстройства (Адаптировано из Berman & Jobes, 1991).

История Карлы свидетельствует о наличии у подростков, страдающих депрессией, ощущения безнадежности, беспомощности и безысходности, которые приводят их к попытке суицида. Большинство депрессивных подростков сообщают о том, что думают о суициде (Mitchell et al., 1988), и от 16 до 30% подростков, размышляющих о самоубийстве, дей-

ствительно пытаются совершить его (Kovacs, Goldston & Gatsonis, 1993). Передозировка лекарственными препаратами и вскрытие вен — одни из наиболее распространенных способов, с помощью которых подростки совершают попытки самоубийства. Наиболее распространенные способы совершения суицида детей — это повешение, отравление и самоубийство с помощью огнестрельного оружия (Kachur, Potter, James & Powell, 1995).

Связь между депрессией и суицидом несомненна и очевидна (Flisher, 1999; Groholt, Ekeberg, Wichstrom & Haldorsen, 2000). Хотя мысль о суициде (например, размышление о том, каким способом убить себя) характерна для большого количества расстройств, реальные попытки совершения суицида, по-видимому, являются специфическими для депрессии (см. врезку 8.1). При исследовании детей 7–9-летнего возраста, имевшими психические расстройства, было обнаружено, что 84% всех попыток суицида возникали в случае депрессивного расстройства (Shaffer, Gould et al., 1996).

Приблизительно 30% подростков, находящихся под клиническим наблюдением в связи с депрессией, совершали попытку суицида в возрасте до 17 лет (N. D. Ryan et al., 1987). К несчастью, около половины из них осуществляли повторные попытки (Kovacs et al., 1993). Дети и подростки довольно редко пытаются покончить собой в тот период, когда у

них отсутствуют депрессивные симптомы — у более чем 90% присутствуют признаки депрессивного расстройства на момент их суицидного эпизода. Наконец, среди тех, кто пытается совершить самоубийство, вероятность большого депрессивного расстройства в 27 раз выше, по сравнению с контрольными пациентами (Brent et al., 1993; Shaffer, Gould et al., 1996).

Молодые девушки, подверженные депрессии, в основном совершают попытки суицида при помощи передозировок лекарственных препаратов и путем вскрытия вен (эти способы они используют в 9 раз чаще, чем юноши). Однако, поскольку девушки обычно не используют в этих целях огнестрельное оружие, их попытки суицида оказываются менее успешными, чем у мальчиков и юношей (Kovacs et al., 1993; Shaffer, Garland, Gould, Fischer & Trautman, 1988). Чаще всего депрессивные подростки совершают попытку самоубийства, используя передозировку медикаментами, в возрасте 13–14 лет. У подростков, страдающих депрессией, количество попыток суицида удваивается в возрасте от 13 до 19 лет, а резкий их спад наблюдается после 17–18 лет. Возможно, когда юноши и девушки взрослеют, они накапливают больше ресурсов для преодоления депрессивных состояний, таким образом, для них уменьшается вероятность совершения попыток суицида во время депрессивных эпизодов (Borowsky, Ireland & Resnick, 2001; Kovacs et al., 1993).

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 8.1 Депрессивное расстройство связано с мыслями о суициде и попытками самоубийства

Тэри: какая в этом польза?

Пятнадцатилетняя Тэри находилась в депрессивном состоянии с 11-ти лет, с тех пор, как умер ее отец. По словам матери, за последние 14 месяцев ее поведение изменилось. Сначала у нее часто возникали перепады настроения, потом она стала угрюмой и замкнутой. На нее не действовали обычные наказания, и она убегала из дома по разным поводам. Тэри называла себя глупой, часто говорила и писала о смерти и самоубийстве, три раза неглубоко резала себе вены. Ее поведение в школе изменилось в худшую сторону, она стала говорить, что ненавидит школу. Ее контакты со сверстниками ограничивались исключительно общением с какими-то сомнительными подростками, которых она называла «панки и другие анархисты». Одна из записок Тэри красноречиво передает ее душевное состояние:

«Какая в этом польза?

Я смотрю вокруг себя, и все, что я вижу это — школа и мир, который мог бы существовать без меня.

Я нахожусь здесь, но только до смерти.

Моя смерть, я уверена, не заставит себя ждать.

Я каждый день пытаюсь понять, какая польза в том, что я здесь. Никакой.

Я пытаюсь найти смысл, веду борьбу, и мое главное сражение еще впереди.

Когда я закрываю глаза, боль уходит. Когда открываю их снова, боль появляется. Я пытаюсь не плакать громко, не имеет значения, каким образом я затерялась бы в этой толпе. Ты можешь притворяться.

Я не живу, но я буду продолжать жить до тех пор, пока жизнь дается мне».

Источник: Berman & Jobes, 1991.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Дети и подростки, страдающие депрессией, обладают нормальным интеллектом, хотя определенные симптомы, например трудности с концентрацией внимания, потеря интереса к обычной деятельности и заторможенность могут оказывать негативное воздействие на интеллектуальные способности.
- Такие дети хуже, по сравнению с остальными, учатся в школе, набирают меньшее количество баллов при выполнении стандартных тестов, оценивающих учебные навыки, и имеют более низкий уровень знаний.
- У них часто отмечаются когнитивные искажения, связанные с мыслительными процессами, включая негативные убеждения, самообвинения и самокритичные непроизвольные негативные мысли.
- Почти у всех детей и подростков, страдающих депрессивным расстройством, самооценка занижена или нестабильна.
- Депрессивные дети и подростки испытывают трудности в установлении близких взаимоотношений с другими людьми, они ощущают одиночество и социальную изоляцию и чувствуют, что другие их не любят.
- У них складываются плохие взаимоотношения с родителями, братьями и сестрами, которые в свою очередь могут отвечать им в недоброжелательной, грубой или суровой манере.
- Большинство детей и подростков, страдающих депрессией, сообщают о суицидных мыслях, и от 16 до 30% тех, кто думает о самоубийстве, действительно совершают его попытку.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕПРЕССИИ

Было выдвинуто множество теорий для объяснения причин возникновения и развития депрессивного расстройства. До недавнего времени, однако, большинство теорий разрабатывались для того, чтобы дать объяснение депрессии у взрослых. Затем эти теории непосредственно применялись к детям с минимальным учетом различий, связанных с процессом развития. В следующих разделах мы рассмотрим некоторые из этих теорий. При этом следует помнить, что депрессия представляет собой, вероятно, конечный итог взаимодействия тех факторов, которые предрасполагают к развитию у ребенка данного расстройства (Cicchetti & Toth, 1998; Hammen & Rudolph, 1996). Ни одна теория не может дать объяснение всем формам депрессивного расстройства, различиям в симптоматике и в тяжести протекания одного и того же расстройства. В табл. 8.3 представлен обзор основных теорий депрессии.

Психодинамическая теория

Ранние психодинамические теории рассматривали депрессию как следствие превращения агрессивного инстинкта в депрессивный аффект. Предполагалось, что депрессия возникает в результате потери объекта любви, к которому большой испытывает амбивалентные (противоречивые) чувства. Эта потеря может быть реальной — в случае смерти родителя, или символической, как результат эмоциональной потери, отверженности или недостаточного родительского внимания. Последующая страсть по отношению к любимому объекту оборачивается в гнев, направленный против самого себя. Поскольку существовало убеждение, что у детей и подростков недостаточно развито суперэго, то есть не вполне усвоены моральные нормы поведения, то враждебность, направленная против внутренних образов объектов любви, которые разочаровали их или отказались от них, не вызывает чувства вины, поэтому они не подвержены депрессии (Venporad, 1994; Poznanski, 1979). Тот факт, что депрессия встречается у большого числа детей и подростков, не переживших в своей жизни потерю или отверженность, и не встречается у многих детей, переживающих это, бросает тень сомнения на правильность психодинамической модели депрессии. К тому же в противоречии с этой теорией находится то обстоятельство, что множество детей испытывают тяжелые формы депрессии.

Теория присоединения

Эта теория рассматривает родительскую депривацию (отсутствие или дефицит заботы родителей) как основной причинный фактор детской депрессии. Джон Боулби (John Bowlby) выдвинул гипотезу о том, что ребенок, столкнувшийся с нечутким, эмоционально холодным отношением со стороны родителей или людей, заботящихся о нем, обычно переживает такие чувства, как протест, отчаяние и отчуждение (Bowlby, 1961). Постоянное отсутствие родительской заботы и внимания приводит к установлению непрочной привязанности, к развитию у ребенка представления о самом себе как о недостойном и нелюбимом, и формированию взгляда на других людей как несущих в себе угрозу и не заслуживающих доверия. Все это в дальнейшем может способствовать развитию у ребенка депрессивного расстройства (Cicchetti, Ganiban & Barnett, 1991). Привязанности между родителями и детьми также служат тому, чтобы регулировать биологические и поведенческие функции организма, имеющие отношение к эмоциям, например, прочная привязанность позволяет ослабить воздействие дистресса. Таким образом, непрочные привязанности могут вызывать трудности с регуляцией эмоций, которые также в дальнейшем увеличивают риск возникновения депрессии. В поддержку этой теории можно сказать следующее: более вероятно, что симптомы депрессии проявятся у детей с непрочными привязанностями, чем у тех, у кого они прочные (e. g., Toth &

Таблица 8.3
Обзор теорий депрессии

Психодинамическая	Отождествление себя с потерянным объектом, гнев, обращенный внутрь; чрезмерная строгость суперэго; заниженная самооценка
Привязанности	Непрочные ранние привязанности; искаженные внутренние действующие модели собственного образа и образов других людей
Бихевиористская	Потеря подкрепления или качества подкрепления; дефицит навыков, необходимых для получения подкрепления
Когнитивная	Депрессивные установки; искаженные или неадекватные внутренние когнитивные структуры, процессы и обобщения; негативный взгляд на самого себя, мир и будущее; недостаточная способность к разрешению проблем
Теория самоконтроля	Проблемы в организации поведения, связанные с достижением долгосрочных целей; дефицит навыков самоконтроля, самооценки и самоподкрепления
Межличностная	Ухудшение межличностного общения, связанное с переживанием горя по поводу утраты; роль споров и конфликтов, роль переходного периода, дефицит межличностного общения, неполная семья; социальная отчужденность; взаимовлияние настроения и событий, связанных с межличностным общением
Нейробиологическая	Нейрохимические и рецепторные нарушения; нейрофизиологические нарушения; нейроэндокринные нарушения
Теория социального окружения	Приводящие к стрессу жизненные обстоятельства и ежедневные конфликты как факторы, способствующие предрасположенности; социальная поддержка, овладение ситуацией и оценка как защитные факторы

Источник: Адаптировано из Dozois, 1997.

Cicchetti, 1996), и более вероятно то, что именно у детей, страдающих большим депрессивным расстройством, будут наблюдаться слабые привязанности или нарушение привязанности, по сравнению с детьми, не обнаруживающими симптомов большого депрессивного расстройства (D. Stein et al., 2000).

Бихевиористская теория депрессии

Бихевиористская точка зрения подчеркивает важность научения, влияний со стороны окружения и роль дефицита некоторых навыков в возникновении и развитии депрессивного состояния. Депрессия связана с отсутствием условной ответной реакции положительного подкрепления (*responsive-contingent positive reinforcement*) (Lewinsohn, 1974). Такое отсутствие положительного подкрепления может происходить по трем причинам. Во-первых, ребенок или подросток бывает не способен использовать доступное ему подкрепление, часто из-за того, что этому мешает состояние тревоги. Во-вторых, перемены в окружающей обстановке, например потеря важного в жизни ребенка человека, может привести к отсутствию доступного вознаграждения. В конце концов, у подростка могут отсутствовать навыки, необходимые для создания социальных взаимоотношений, которые приносят вознаграждение и удовлетворение.

Дети к тому же могут вызывать к себе чувство сострадания по причине своего печального вида, что дает им желанное внимание и участие. Однако это чувство сострадания обычно бывает мимолетным, потому что даже те люди, которые заботятся о ребен-

ке, начинают избегать его. Такое ослабление внимания к ребенку может вызвать у него отчуждение, ухудшение состояния и усилить его депрессивное настроение. Лишь небольшое число исследований занималось проверкой конкретных бихевиористских гипотез относительно причин возникновения депрессии у детей, и данная модель, по-видимому, является несовершенной в свете того, что известно о других причинных факторах депрессии. Тем не менее бихевиористская модель подчеркивает роль научения в процессе возникновения, проявления и последствий депрессивного расстройства для людей юного возраста.

Когнитивная теория

Когнитивные теории фокусируют внимание на связи между негативным мышлением и настроением (Наммен, 1992). В основе этих теорий лежит допущение того, что отношение к самому себе и окружающему миру будет оказывать влияние на настроение и поведение ребенка или подростка. Для детской и подростковой депрессии характерны негативные когниции и атрибуции, ложные восприятия и недостаточность когнитивных навыков, необходимых для разрешения возникающих проблем (Kaslow et al., 1994). Когнитивные теории выделяют **депрессогенные когниции**, которые представляют собой негативные перцептивные и атрибутивные стили, а также негативные убеждения, связанные с депрессивными симптомами.

Индивиды, склонные к депрессии, стремятся создать **внутренние, устойчивые и глобальные атри-**

буции причин негативных событий. Другими словами, когда случается что-то плохое, они думают, что ответственны за это (внутренняя атрибуция), причина, по которой они должны нести ответственность, не будет меняться с течением времени (устойчивая атрибуция), и причина, по которой случается что-то плохое, применима ко всему, что они делают, и к большинству ситуаций в жизни (глобальная атрибуция) (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Они к тому же склонны приписывать позитивные события чему-то такому, что находится вне их самих (внешняя атрибуция), и что, по всей вероятности, не случится снова (неустойчивая атрибуция), и такому, что рассматривается как нечто уникальное по отношению к данному событию (специфическая атрибуция). Негативные атрибутивные стили приводят к тому, что индивид несет личную ответственность за негативные события в своей жизни, кроме того, они вызывают состояние беспомощности и попыток избежать таких событий в будущем. Беспомощность, в свою очередь, может вызвать чувство безнадежности по отношению к своему будущему, что способствует углублению депрессивного состояния (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989).

Когнитивная модель Аарона Бэка (Aaron Beck) (1967) основана на предположении о том, что индивиды, страдающие депрессией, интерпретируют жизненные события с пессимистической точки зрения, потому что они используют предвзятые и негативные суждения как фильтры для интерпретации и понимания этих событий. У индивидов, подверженных депрессии, наблюдаются трудности в трех областях.

Во-первых, они совершают ошибки по причине собственных предубеждений при переработке информации (*information-processing biases*) в конкретных ситуациях. Совершение таких ошибок называется негативными автоматическим мышлением. Они избирательно уделяют внимание информации только негативного характера, берут на себя ответственность за все плохие события в жизни, придают огромное значение отрицательным событиям, преувеличивают их роль и преуменьшают значение позитивных событий. Они также приклеивают отрицательные ярлыки жизненным событиям, а затем эмоционально реагируют на ярлык, а не на событие. Например:

Событие: Ребенок не получил приглашение на вечеринку у Генри.

Ярлык: «Меня не пригласили в гости, потому что Генри меня не любит. Никто меня не любит».

Эмоциональная реакция: переживание несчастья и депрессии.

Во-вторых, считается, что депрессия связана с негативным мировоззрением, при котором возникает так называемая **негативная когнитивная триада** (см. рис. 8.2):

- Негативное отношение *к самому себе* (например: «Я ни на что не способен», «Я — неинтересен»).
- Негативное отношение *к миру* (например: «Они никуда не годятся», «Это слишком трудно»).

- Негативное отношение *к будущему* (например: «Всегда будет так же плохо», «Я никогда не смогу получить образование»).

Такое негативное отношение вызывает чувство беспомощности, снижает настроение ребенка и его тонус, и связано с тяжестью протекания депрессии (Stark, Schmidt & Joiner, 1996).

В-третьих, для депрессивных подростков характерны **негативные когнитивные схемы**, под которыми подразумеваются стабильные структуры памяти, поддерживающие самокритичные убеждения и установки и направляющие процесс переработки информации. Эти когнитивные схемы ригидны и устойчивы к изменениям даже при столкновении с противоречивыми им событиями, и могут увеличить у подростка уязвимость по отношению к депрессии, особенно под воздействием стресса.

В связи с применением когнитивных теорий для описания и объяснения депрессии у детей и подростков возникают некоторые вопросы, связанные с когнитивными способностями детей на разных этапах их развития, а также вопросы, связанные со становлением и сохранением когнитивных структур, которые могут формировать депрессивное мышление (Gotlib & Sommerfield, 1999). Хорошо развитое (устойчивое) ощущение собственного «Я» и оптимистическая концепция будущего, являются необходимыми условиями для того, чтобы пережить депрессию. Эти когнитивные структуры достаточно развиты у детей. К тому же многие когнитивные ошибки и искажения, обсуждаемые до сих пор, такие как нелогичное мышление или ошибочные установки, представляют собой нормальный способ детского мышления!

Говоря о когнитивных ошибках и искажениях нужно учитывать развитие у ребенка чувства собственной компетентности (Seroczynski et al., 1997). Например, во время перехода от предоперационного к конкретному операционному мышлению у детей в возрасте 10–12 лет начинает развиваться способность подвергать сомнению свое собственную точку зрения (так называемая метакогниция). До этого возраста дети могут проводить сравнения социального плана, но не для того, чтобы делать самооценку. С появлением конкретного операционного мышления дети начинают сравнивать себя с другими путем самооценки. Примерно в этом же возрасте у депрессивных детей фиксируются низкие самооценки и расстройства настроения (Rehm & Carter, 1990). Таким образом, вместе с развитием чувства собственной компетентности у детей 10–12 лет может формироваться депрессивное мышление, которое иногда сохраняется на протяжении юности (Garber, Weiss & Shanley, 1993).

Несмотря на то что для депрессивных подростков характерно негативное мышление, взаимосвязь между негативным мышлением и депрессией остается не до конца выясненной (Joiner & Wagner, 1995; Kaslow et al., 1994). Необходимо владеть более полной информацией о том, как развивается негативное мышление. Является ли оно результатом того, что

родители плохого относятся к своему ребенку и отвергают его? Имеется ли связь между негативным мышлением матери и ребенка (Stark, Schmidt & Joiner, 1996)? Как когнитивная уязвимость по отношению к депрессии взаимодействует со стрессом (Hammen & Rudolph, 1996; Hilsman & Garber, 1995)? Необходимо проведение длительных исследований для того, чтобы ответить на эти и другие вопросы, касающиеся роли когнитивных процессов в развитии депрессии у людей юного возраста.

Другие теории депрессии

Теории самоконтроля рассматривают депрессивных подростков, фокусируя внимание на тех трудностях, которые возникают у них в организации своего поведения при достижении долгосрочных целей. Такие подростки испытывают также дефицит навыков самоконтроля, самооценки и самоподкрепления. В результате, они избирательно уделяют внимание событиям только негативного характера и непосредственным результатам своей деятельности. Они устанавливают слишком высокие требования к себе, создают негативные причинные установки, оставляют себе мало возможностей для получения самовознаграждения, и применяют чересчур суровые самонаказания. Проведенные исследования наводят на мысль о том, что для детей, страдающих депрессией, характерен дефицит перечисленных навыков, хотя выводы, сделанные на основе этих исследований, носят ограниченный характер (Rehm & Sharp, 1996).

Межличностные концепции рассматривают разрывы во взаимоотношениях между людьми как главный причинный фактор возникновения и сохранения депрессивного состояния (Vernorad, 1994; Coyne, 1976; Gotlib & Hammen, 1992). Поведение депрессивных подростков вызывает неприятие у

других людей, раздражает и расстраивает членов их семей. Когда подросток начинает все более осознавать то, как его воспринимают другие, он испытывает еще большую потребность в общении, бессознательно и назойливо стремится восстановить утраченное доверие, что, в свою очередь, ведет к дальнейшему неприятию со стороны окружающих (Joiner, 1999). Межличностные концепции также предполагают, что детская депрессия имеет в семье определенную функцию — например уменьшает конфликты между родителями.

Нейробиологические концепции детской и подростковой депрессии уделяют внимание роли генетической предрасположенности и нейробиологических процессов. Были выявлены определенные нейробиологические патологии, хотя результаты исследований, проведенных среди детей и подростков, страдающих депрессией, гораздо менее убедительны, чем результаты, полученные при исследовании взрослых людей (Emslie, Weinberg, Kennard & Kowatch, 1994). Мы рассмотрим возможные биологические факторы, влияющие на развитие депрессивного расстройства, в следующем разделе, посвященном причинам возникновения депрессии.

Концепции социального окружения исследуют взаимосвязь жизненных обстоятельств, приводящих к стрессу и депрессии. Некоторыми жизненными факторами, связанными с возникновением депрессивного расстройства, являются: низкий социальный статус, безработица, отсутствие одного из родителей, большая семья и недостаточная социальная поддержка (Compas, Grant & Ey, 1994). Жизненные стрессовые события могут быть связаны с депрессией различными путями (Biderman & Spencer, 1996b). В некоторых случаях депрессия представляет собой непосредственную реакцию на некоторые жизненные события, например на потерю родителя. В других случаях, при наличии генетической предраспо-

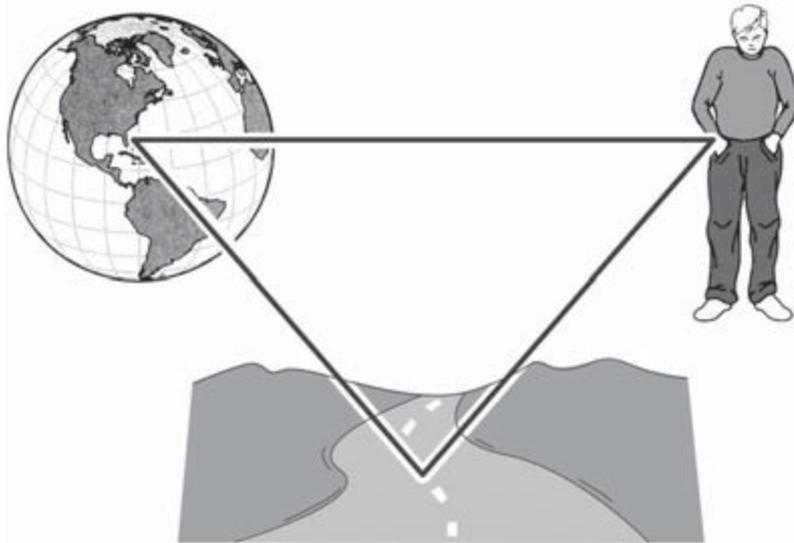


Рис. 8.2. Негативная триада: депрессия связана с обесцениванием собственной личности, мира и будущего (D. Murdoch, 1997).

ложенности, происходит взаимодействие генетических и стрессовых факторов. В рамках данной концепции была создана **модель предрасположенности и стресса**. Возникновение депрессии зависит от взаимодействия генетических и стрессовых факторов. Негативные жизненные события также могут формировать негативный когнитивный стиль, что предопределяет впоследствии развитие детской депрессии. Наконец, депрессия может самым худшим образом отразиться на жизни человека в самых разных сферах его деятельности, что, в свою очередь, вызывает депрессивные реакции (Hammen & Rudolph, 1996; Rudolph & Hammen, 1999).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Психодинамические теории предполагают, что депрессия возникает в результате реальной или символической потери объекта любви, и рассматривают депрессию как следствие превращения агрессивного инстинкта в депрессивный аффект.
- Бихевиористская точка зрения подчеркивает важность научения, влияний со стороны окружения (особенно отсутствия условной ответной реакции положительного подкрепления) и дефицита навыков социального взаимодействия в возникновении и сохранении депрессивного состояния.
- Когнитивные теории уделяют внимание связи негативного мышления и настроения. В основе этих теорий лежит допущение о том, что отношение к самому себе и окружающему миру будет влиять на настроение и поведение ребенка или подростка.
- Другие теории депрессии придают важное значение дефициту навыков самоконтроля, разрывам межличностных взаимоотношений, генетическим и нейробиологическим факторам и стрессовым событиям.

ПРИЧИНЫ ДЕПРЕССИИ

Возникновение депрессии происходит в процессе взаимодействия многих причинных факторов. Для объяснения причин детской и подростковой депрессии необходима некая обобщающая схема, учитывающая взаимодействия многих факторов — уязвимости, риска, защитных факторов, действующих скрытым образом. Кроме того, такая схема должна объяснять отсутствие депрессии при наличии факторов риска (Cicchetti & Toth, 1998; S. H. Goodman & Gotlib, 1993; Hammen, 2000).

Схема развития депрессии у детей и подростков представлена на рис. 8.3. Она учитывает возможные причины депрессии у людей юного возраста и рассматривает взаимодействие генетических, нейроби-

ологических, семейных, когнитивных, эмоциональных, межличностных факторов и факторов окружающей среды.

Внутри этой схемы генетические факторы риска оказывают воздействие на нейробиологические процессы, что отражается на детском темпераменте, который характеризуется сверхчувствительностью к негативным раздражителям и повышенной негативной эмоциональностью (Clark, Watson & Mineka, 1994). Эти ранние предрасположенности формируются под воздействием семейных взаимоотношений и продолжают оказывать влияние на всем протяжении развития. Основные представления человека о самом себе и других людях складываются под воздействием его семьи. Когда родители проявляют равнодушие к ребенку или отвергают его, такое отношение может привести к развитию представления о самом себе как о человеке некомпетентном, другие люди будут представляться как бесчувственные и несущие в себе угрозу, а человеческие взаимоотношения как негативные и непредсказуемые. Негативный характер семейных взаимоотношений создает также неблагоприятную эмоциональную и социальную обстановку внутри семьи, которая способствует возникновению у ребенка трудностей, связанных с эффективной регуляцией эмоций, проблем в межличностном общении. Такому ребенку становится трудно справляться со стрессами (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001).

Когнитивные, эмоциональные, и межличностные проблемы могут непосредственно привести к депрессии. Или же они могут быть причиной негативного социального поведения и эмоциональных состояний, вызывающих конфликты, неприятие со стороны окружающих и социальную изоляцию, что также приводит к депрессии. В других случаях негативные установки, социальные взаимоотношения, вызывающие неудовлетворенность, и проблемы, связанные с регуляцией эмоций, могут способствовать возникновению уязвимости по отношению к депрессии при столкновении со стрессовыми ситуациями. В любом из этих сценариев детская депрессия может служить помехой для будущего развития ребенка, разрушая социальные взаимоотношения, пагубно отражаясь на его способностях, создавая дальнейшие проблемы регуляции эмоций, вызывая дополнительные стрессы и закрепляя у ребенка негативное представление о самом себе и других людях (Hammen & Rudolph, 1996).

В следующем разделе мы обсудим причины возникновения депрессии.

Генетические и семейные факторы риска

Результаты близнецовых исследований наводят на мысль о том, что влияние генетических факторов невелико и в разных работах оценивается в пределах от 0,35 до 0,75 (Eley, 1999). Влияние семейных факторов риска очевидно. Особенно это относится к детям, чьи родители в детстве сами страдали де-

прессией. Вероятность возникновения депрессии у таких детей до достижения ими тринадцатилетнего возраста в 14 раз выше по сравнению с детьми контрольной группы (Weissman, Warner, Wickramaratne & Prusoff, 1988).

У детей, чьи родители страдают депрессией, риск возникновения этого расстройства в 2–3 раза выше по сравнению с детьми, чьи родители не имеют психических заболеваний (Beardslee, Keller, Lavori, Staley & Sacks, 1993; Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau & Olfson, 1997). Риск возникновения депрессии для ребенка повышается в том случае, когда оба родителя подвержены расстройствам настроения. Также у детей, чьи родители страдают депрессией, это расстройство может возникнуть в более раннем возрасте (примерно на 3 года раньше), и более вероятно, что депрессия у таких детей разовьется до наступления пубертатного периода, в отличие от детей, чьи родители не подвержены депрессии (Weissman et al., 1997). Это имеет важное значение, поскольку при наличии депрессии у других членов семьи детская и подростковая депрессия может давать рецидивы и продолжаться во взрослом возрасте. Это относится только к тем детям, у которых большое депрессивное расстройство развилось до наступления пубертатного периода (Wickramaratne, Greenwald & Weissman, 2000).

От 50 до 75% матерей, чьи дети подвержены депрессии, сами страдают от большого депрессивного расстройства (Kovacs, 1997). Дети, страдающие большим депрессивным расстройством, по сравнению со здоровыми детьми, чаще имеют ближайших родственников с этим же заболеванием (Wickramaratne et al., 2000).

Несмотря на то что подростковая и детская депрессия, по-видимому, представляет собой семейное заболевание, неизвестно, происходит ли ее распространение среди членов семьи под воздействием генетических или психосоциальных причин, либо это результат взаимодействия этих двух факторов (Kovacs, 1997). На взаимосвязь детской депрессии с депрессией родителей могут, кроме того, оказывать воздействие другие факторы, такие как стресс, супружеские ссоры или неблагоприятная обстановка в семье (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1995). На основании семейных и близнецовых исследований были сделаны общие предположения о том, что в возникновении депрессии важную роль играют передающиеся по наследству предрасположенность к этому расстройству и тревожность, а также воздействие стрессовых факторов окружающей среды (Eley & Stevenson, 2000; Weissman et al., 1997).

Нейробиологические факторы

У депрессивных детей и подростков наблюдается повышенная реакция на воздействие стресса, что усиливает их уязвимость по отношению к депрессии. Лобные доли головного мозга играют главную роль в процессе регулирования настроения и аффективного состояния (Stuss, Gow & Hetherington, 1992). У младенцев, чьи матери страдают депрессией, отмечается более низкая электрическая активность лобных долей головного мозга и более высокое содержание кортизола (гормона стресса) в слюне, по сравнению с младенцами, чьи матери не подвержены депрессии (G. Dawson, Frey, Panagiotides, Osterling & Hessel, 1997). Младенцы, у которых активность правой лобной доли выше, чем активность



Рис. 8.3. Схема развития депрессии у детей и подростков.

левой лобной доли, испытывают больший дистресс в связи с одиночеством и демонстрируют меньшую степень аффектации по отношению к своим матерям, чем те, у кого этого не наблюдается (Davidson & Fox, 1989; G. Dawson, 1994; G. Dawson et al., 1999).

Эмоции, возникающие в результате социального взаимодействия или в процессе когнитивной деятельности, могут стимулировать активность левой лобной доли головного мозга, тогда как переживания, связанные с социальной отверженностью, одиночеством и состоянием негативного аффекта могут усиливать активность правой лобной доли (Field, Fox, Pickens & Nawrocki, 1995). Эти результаты доказывают, что влияния, которые оказывают матери на своих детей, могут вызывать биохимические и неврологические изменения, создающие и поддерживающие устойчивые предпосылки для депрессивного расстройства (Cytryn & Mc Knew, 1996; Post et al., 1996).

Исследования нейробиологических коррелятов депрессии у детей и подростков сосредоточены на **гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (НРА)** (эндокринной системе, регулирующей активность мозга во время реакции на стрессовое событие), структуре сна, гормоне роста, и нейротрансмиттере головного мозга — серотонине (Armitage et al., 2000; Birmaher & Ryan, 1999). Однако было проведено слишком мало исследований этих коррелятов у детей, а полученные результаты носят гораздо менее убедительный характер, чем результаты, полученные при исследовании взрослых (Birmaher et al., 1996b; Williamson, Dahl, Birmaher, Goetz & Ryan, 1995). Выводы, которые можно сделать из исследований нейробиологических коррелятов, в основном сводятся к тому, что у депрессивных детей и подростков может проявляться повышенная чувствительность к стрессу. Часто повторяющаяся нейроэндокринная активация, вызванная стрессом, может повысить уязвимость подростков по отношению к хроническим депрессивным симптомам, что, в свою очередь, может вызвать дальнейшую чрезмерную биологическую активацию и психосоциальный стресс (Birmaher et al., 1996b).

Влияние семьи

«Я всегда могла оправдать поведение своей дочери, — говорит мать 12-летней девочки. — Когда ей было 10 лет, и она воевала со мной по любому поводу, я просто объясняла это трудностями подросткового возраста. Когда она перестала заниматься гимнастикой, в которой видела смысл своей жизни, и начала усиленно худеть, я убеждала себя, что она просто ищет свою индивидуальность. Но когда ее лучший друг пришел ко мне и сказал, что моя дочь говорит о самоубийстве, мне пришлось взглянуть правде в глаза. Я не перестаю упрекать себя. Могла ли я совершить что-то такое, что вызвало депрессию? Что я могла бы сделать для ее предотвращения?» (К. Levine, 1995, стр. 44).

Депрессия у детей и подростков может быть связана с некоторыми характерными чертами или осо-

бенностями, присущими как родителям ребенка, так и семье в целом (Hammen, 1991). Одним из способов, с помощью которого можно исследовать эти характерные особенности, является изучение тех семей, где дети страдают депрессией; вторым способом служит изучение семей, где страдают депрессией родители.

Когда дети страдают депрессией. В семьях, где есть ребенок, страдающий депрессией, к нему проявляется более критичное отношение, его чаще наказывают, чем остальных детей в семье. По сравнению с семьями, где нет депрессивных детей и подростков, в тех семьях, где они есть, отмечается больше раздражения, конфликтов, больше контроля за детьми, недостатков общения, отношения характеризуются чрезмерной напряженностью и сложностью, а дети получают меньше теплоты и поддержки (Chiariello & Orvaschel, 1995; Lewinsohn, Roberts et al., 1994; Stein et al., 2000). Члены таких семей часто переживают сильные стрессы, расстройства, супружеские ссоры и испытывают недостаток социальной поддержки (Messer & Gross, 1995; Slavin & Rainer, 1990). Депрессивные дети и подростки, по сравнению с недепрессивными, описывают свои семьи как менее дружные и более разобренные (Kashani, Allan, Dahlmeier, Rezvani & Reid, 1995).

Результаты проведенных исследований указывают на тесную связь между детской депрессией и разладами в семье. В одном длительном исследовании было выявлено, что в тех семьях, где меньше взаимопонимания и поддержки, у подростков наблюдается больше депрессивных симптомов, оба этих фактора могут сочетаться в течение более чем 1 года. Наоборот, увеличение количества депрессивных симптомов не позволяет прогнозировать ухудшение семейных взаимоотношений за тот же период времени. Таким образом, семейные проблемы предшествуют депрессивным симптомам и могут быть непосредственно с ними связаны (Sheeber, Hops, Alpert, Davis & Andrews, 1997).

Здесь необходимо сказать о некоторых спорных вопросах, касающихся взаимосвязи детской депрессии и семейных отношений. Во-первых, семейные проблемы, о которых мы говорили, могут иметь отношение ко многим другим детским расстройствам и не являться специфическими для депрессии (Downey & Coyne, 1990; Goodyer et al., 1997). Во-вторых, бывает трудно выяснить, вызваны ли семейные проблемы сопутствующими болезненными состояниями ребенка, например детских поведенческих проблем, или депрессии. В-третьих, в большинстве случаев причинные факторы так взаимосвязаны, что невозможно установить причину появления депрессии. Неблагоприятная семейная обстановка может привести к депрессии, но и депрессия может вызвать негативное, критическое отношение семьи к подростку и быть причиной страданий родителей и других домочадцев (Bell-Dolan, Reaven & Peterson, 1993). Наконец, в качестве причинных могут выступать факторы генетического риска, приводящие к депрессии и семейным разладам. Тем не менее нахо-

дятся подтверждения влияния семьи на появление депрессивных расстройств у детей

Когда родители страдают депрессией

Миссис Д.: Не подходит для роли матери

Миссис Д. страдает депрессией, она беспомощна, а между тем ее родительская забота и внимание больше всего необходимы для ее 5-летней дочери Марии. Миссис Д. не спешит приготовить завтрак себе и дочери. Горестно сложив руки, она не обращает внимания на то, что происходит вокруг нее. Какое-то время Мария дергает изо всех сил мать, по-видимому, хочет есть. Миссис Д. что-то бормочет, непрерывно всхлипывает и утирает слезы, слоняясь между буфетом и кухонным столом. Мария упорно пытается привлечь внимание матери, и, наконец, миссис Д. крепко обнимает дочь и гладит ее по голове. Сначала Мария отстраняется; затем сворачивается калачиком у ног матери. В конце концов миссис Д. наполняет тарелки кашей, они садятся за стол и едят в полном молчании, а миссис Д. печально смотрит на свою дочь. Периодические приступы глубокой депрессии делают миссис Д. неспособной заниматься повседневными делами, а любая проблема, возникающая у Марии, заставляет мать лечь в постель. Большей частью Мария остается один на один со своими трудностями (Адаптировано из Radke-Yarrow & Zahn-Waxler, 1990).

Депрессивные родители не способны заниматься полноценным воспитанием своих детей (Hammen, 1991; Radke-Yarrow, 1998). Матери, страдающие депрессией, раздражительны, беспомощны и непредсказуемы в аффективных проявлениях. Они не склонны поощрять ребенка к игре, менее последовательны в вопросах дисциплины, меньше принимают участия в делах ребенка, недостаточно общаются с ним, у них отсутствует привязанность к нему, и они настроены более критично к ребенку, чаще возмущаются им по сравнению со здоровыми матерями (Kovacs, 1997). Если один из родителей страдает депрессией, то в доме может сложиться атмосфера повышенной конфликтности, семейных раздоров и стресса (Beardslee & Wheelock, 1994; Kaslow et al, 1994).

Дети и подростки, чьи матери страдают депрессией, пытаются справиться с непредсказуемостью той обстановки, в которой они существуют. Для этого они используют разные способы поведения — агрессию, отчужденность, отказ посещать школу. Кроме того, у таких детей может отсутствовать желание добиваться успехов, возникают депрессии и даже попытки суицида (Brennan et al., 2000; Davis; Sheeber, Hops & Tildesley, 2000; Klimes-Dougan et al., 1999). Подобно Марии, они должны сами заботиться о себе и учиться самостоятельно справляться со своими проблемами. Неудивительно, что у малолетних де-

тей, чьи матери страдают депрессией, наблюдается задержка в эмоциональном развитии, разобщенность со своими родителями и непрочные привязанности (Field, 2000). Дети матерей, страдающих депрессией, склонны к самокритике и испытывают трудности, связанные с регуляцией своих эмоций. В результате, такие дети плохо подготовлены к тому, чтобы справляться с жизненными стрессами, которые впоследствии могут стать для них факторами риска развития депрессивного расстройства и других заболеваний (S. H. Goodman & Gotlib, 1999; Radke-Yarrow & Zahn-Waxler, 1990).

Продолжительные масштабные исследования, которые проводились среди детей, чьи родители страдают депрессией, подтвердили существование фактора риска, которому подвергаются дети, растущие в семьях, где кто-нибудь из родителей подвержен депрессии (Gotlib & Goodman, 1999). За десятилетний период исследований среди детей, чьи родители страдали депрессией, не только увеличился процент тех детей и подростков, кто стал подвержен депрессивному расстройству, в особенности до наступления пубертатного возраста, но также увеличился процент тех, кто стал подвержен фобиям, паническим расстройствам алкогольной и наркотической зависимости (Weissman et al., 1997). По сравнению с контрольными испытуемыми, дети депрессивных родителей за десятилетний период наблюдений чаще обращались за амбулаторной помощью и испытывали трудности, связанные с работой, семейными взаимоотношениями и супружеской жизнью. Результаты данного исследования документально подтверждают существование серьезных негативных долговременных последствий и ухудшений состояния у тех детей, чьи родители страдают депрессией.

Стрессовые события

Карлайн: Я не могу заставить себя ничего делать

Время от времени у меня возникает депрессия. Это состояние приходит и уходит. Обычно нужно, чтобы что-то послужило толчком. Это может быть чем-то значительным. Или, наоборот, что-то несущественное происходит с тобой, и ты уже начинаешь чувствовать себя скверно и не можешь ничего делать. Так, сегодня все прекрасно, я нормально себя чувствую. Но завтра или послезавтра что-то может случиться, не имеет значения, насколько ничтожное, и я просто не могу заставить себя подняться с постели и заняться чем-нибудь.

Депрессия связана с серьезными событиями в жизни, которые вызывают стресс (Rudolph et al., 2000). Такими событиями становятся: переезд на новое место жительства, смена школы, несчастный случай или серьезная болезнь в семье, крайняя нужда, в которой оказалась семья, семейные скандалы и акты физической агрессии, конфликты ро-

дителей и их развод (Goodyer et al., 1997; Kovacs, 1997). Эти события могут происходить при воздействии других факторов риска, таких как отсутствие социальной поддержки или недостаточное проявление родительской заботы. Иногда к депрессии приводят не очень серьезные события в жизни: ежедневные ссоры, плохая оценка в школе, спор с родителями, критика со стороны учителя, ссора с другом или несостоявшееся свидание. По сравнению со своими недепрессивными сверстниками, подростки, страдающие депрессией, переживали за год до ее начала серьезные и не очень серьезные события, сопряженные для них со стрессом, особенно в связи с романтическими отношениями, учебой, взаимоотношениями с родителями и друзьями, работой и здоровьем (Birmaher et al., 1996b).

Поводом для депрессии могут служить стрессы, связанные с межличностными отношениями, реальными или символическими утратами (смерть любимого человека или разрыв с ним), одиночеством, отверженностью или угрозой для собственной самооценки (Eley & Stevenson, 2000; Goodyer, 1999). Например, разрыв взаимоотношений, по-видимому, может служить особенно важным фактором для того, чтобы предсказать появление первого, в отличие от последующих, эпизода большого депрессивного расстройства в юношеском возрасте (Mongroo, Rohde, Seeley & Lewinsohn, 1999). Состояние печали и депрессия являются обычными реакциями человека в ответ на утрату. Все дети в возрасте 5–12 лет, потерявшие одного из родителей, переживают печаль и горе, и примерно у 40% этих детей развивается тяжелая депрессия (Weller, Weller, Fristad & Bowes, 1991). У 30% подростков, переживших смерть друга или сверстника в результате суицида, развивается депрессивное расстройство через шесть месяцев после этого события (Brent et al., 1992). Однако депрессивное расстройство не является неизбежным следствием, вызванным потерей близких людей, у более чем 60% детей, переживших потерю родителя или друга, не происходит развития тяжелой депрессии.

Регуляция эмоций

Регуляция эмоций относится к процессу, посредством которого возникающие эмоциональные проявления сдерживаются, контролируются или модифицируются, что способствует адаптивному функционированию (Cicchetti et al., 1991) и установлению баланса между позитивными, негативными и нейтральными эмоциональными состояниями (Корр, 1992). Дети и подростки демонстрируют существенные различия в том, как они регулируют свои эмоции и управляют своими негативными переживаниями (Keenen, 2000). Например, если рядом нет любимого товарища по играм, один ребенок может начать плакать, и его ничем невозможно утешить, другой может поплакать немного, а потом найти кого-нибудь, чтобы поиграть с ним, а третий ребенок будет рассчитывать на помощь взрослых. Детские стратегии саморегуляции играют решающую роль в преодолении и предупреждении аффек-

тивных переживаний (Garber, Braafladt & Zeman, 1991). У детей, переживающих несчастья и длительные периоды эмоционального дистресса, могут возникнуть трудности, связанные с регуляцией негативных эмоций, и появиться предпосылки к развитию депрессии (Kovacs, 1997; Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000).

Необходимо владеть разнообразными навыками для того, чтобы управлять своими эмоциями. Это подразумевает осознание изменений в эмоциональном состоянии, правильную интерпретацию условий, приводящих к переменам в настроении, установление целей и задач для изменения настроения и выработку эффективных ответных реакций для того, чтобы справиться с отрицательными эмоциями (Kazdin & Marciano, 1998). У депрессивных детей и подростков может наблюдаться дефицит одного или нескольких навыков регулирования, в результате чего у них возникают трудности, связанные с преодолением негативного настроения (Sheeber, Allen, Davis & Sorensen, 2000). Они могут использовать избегание или негативное поведение как способы для урегулирования своего стресса вместо того, чтобы применить адаптивные стратегии, сфокусированные на данной проблеме и помогающие справиться с ней (Garber et al., 1991). Регуляция эмоций связана с нейробиологическими регуляторными процессами, приобретенными навыками поведения и когнитивными стратегиями, а также внешними ресурсами, помогающими справиться с негативными эмоциональными состояниями. Поэтому депрессия может быть следствием трудностей, возникающих в одной или нескольких из указанных областей (R. A. Thompson, 1994b).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Депрессия, вероятно, представляет собой итог взаимодействия факторов, которые предрасполагают к развитию расстройства.
- Результаты семейных и близнецовых исследований указывают на то, что в возникновении депрессии важную роль играют передающиеся по наследству предрасположенность и тревожность, а также воздействие стрессовых факторов окружающей среды.
- Дети и подростки с депрессией могут быть очень чувствительны к стрессу, что усиливает их уязвимость по отношению к депрессии. Исследования нейробиологических коррелятов сосредоточены на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (НРА), структуре сна, гормоне роста и серотонине.
- В семьях, где есть дети, страдающие депрессией, отмечается больше озлобленности, конфликтов, усиленный контроль за детьми, недостаток общения, отношения характеризуются чрезмерной напряженностью и сложностью, дети ощущают недостаток теплоты и поддержки.

- Среди детей, чьи родители страдают депрессией, отмечается увеличение процента тех, кто подвержен большому депрессивному расстройству, возникающему до пубертатного возраста. Для детей и родителей этих семей характерно увеличение процента тех, кто страдает фобиями, паническими расстройствами и испытывает алкогольную зависимость.

- Депрессия связана с серьезными событиями в жизни, которые приводят к стрессу, такими как переезд на новое место жительства, смерть близкого человека, несчастный случай или серьезная болезнь в семье.

- У детей, переживающих длительные периоды эмоционального дистресса и несчастья, могут возникнуть трудности, связанные с регуляцией негативных эмоциональных состояний и появиться предрасположенность к развитию депрессии.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ

Лита: Чувствует себя лучше

Шестнадцатилетняя Лита сидела, ссутулившись на стуле. Чем-то обеспокоенная и расстроенная, она рассеянно и невнимательно отвечала на вопросы. Ее поместили в клинику после того, как она перерезала ножом себе вены; до этого она находилась в подавленном, раздраженном состоянии, плохо контролировала свое поведение дома. Образ мыслей Литы и ее рассуждения носили искаженный характер. Весь ее вид выражал такое глубокое чувство безнадежности, что казалось, она может провести в госпиталях всю оставшуюся жизнь.

К счастью, это оказалось не так. С ней начали проводить когнитивно-бихевиоральную терапию, в основе которой лежит выработка правильной аргументации, развитие более позитивного представления о собственной личности и методы, помогающие ослабить влияние неблагоприятных семейных факторов. Она также прошла курс лечения антидепрессантами. Год спустя Лита энергично и возбужденно вошла в наш кабинет для контрольного собеседования. «Я никогда не думала, что захочу когда-нибудь снова встречаться со своими друзьями и все начать заново. Изредка я впадаю в печаль, но это состояние не овладевает всей моей жизнью» (Адаптировано из Oster & Montgomery, 1995).

Разнообразные сопутствующие расстройства, взаимодействие факторов, вызывающих различные нарушения, и рецидивы депрессивного состояния требуют комбинированных подходов в лечении с акцентом на поддержание результатов лечения и предотвращение рецидивов заболевания (Hammen, Rudolph, Weisz, Rao

& Burge, 1999; Kazdin & Marciano, 1998). Когнитивно-бихевиоральная терапия, которая применялась в случае Литы, демонстрирует самые краткосрочные и самые долгосрочные успехи в лечении, примерно 70% детей и подростков с депрессией поддаются лечению именно этим методом (Clarke et al., 1999; Kaslow & Thompson, 1998; Reinecke, Ryan & DuBois, 1998). Когнитивно-бихевиоральная терапия также более эффективна по сравнению с семейной терапией непрямого назначения (*nondirective supportive therapy*) в лечении симптомов депрессивного расстройства (Brent et al., 1997). Кроме того, было выявлено, что применяемая в качестве поддерживающей терапии после ремиссии от депрессивного расстройства, когнитивно-бихевиоральная терапия снижает вероятность возникновения рецидивов (Kroll, Harrington, Jayson, Fraser & Gowers, 1996). Несмотря на то что когнитивно-бихевиоральная терапия представляет собой эффективный способ лечения, мы все еще не знаем, связаны ли улучшения состояния у депрессивных пациентов после проведенного лечения с изменениями их когнитивных искажений, которые предполагалось исправить с помощью указанной терапии (Kolko, Brent, Bougher, Bridge & Birmaher, 2000)

Несмотря на сообщения об успешном применении антидепрессантов в клинических исследованиях, контрольные испытания, в основном, не подтвердили эффективность использования данных препаратов в лечении детей, по сравнению с тем, насколько они эффективны для лечения взрослых (B. Geller, Reising, Leonard, Riddle & Walsh, 1999). Также для лечения депрессии успешно применяются методы, которые придают особое значение родительскому участию, улучшению межличностных взаимоотношений, повышению социальной и учебной активности (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent & Kaufman, 1996a; Kovacs, 1997).

К несчастью, несмотря на то что существуют эффективные терапевтические методы лечения, многие дети и подростки, страдающие депрессией не получают помощи. Среди подростков, представляющих достаточно репрезентативную статистическую выборку, лечение прошли только 20–30% молодых людей в возрасте 14–18 лет с диагнозом депрессии (Lewinsohn et al., 1991). При изучении случаев самоубийств среди подростков было выявлено, что большинство из них страдало депрессивным расстройством, и только 7% из них прошли лечение до совершения ими суицида (Brent et al., 1988).

Раннее развитие депрессивного расстройства подвергает детей и подростков большому риску возникновения у них многочисленных эпизодов тяжелой депрессии на протяжении последующей жизни. Поэтому решающим моментом является то, что к лечению нужно приступать как можно раньше; ранние и энергичные вмешательства применяются для того, чтобы уменьшить продолжительность депрессивного эпизода, предотвратить будущие эпизоды, минимизировать ассоциированные нарушения, касающиеся функционирования в целом, и снизить риск суицида. Обзор основных методов лечения депрессии у детей и подростков представлен в табл. 8.4.

Психосоциальные вмешательства

Большинство психосоциальных методов лечения депрессии в детском и юношеском возрасте используют интегрированный подход когнитивно-бихевиоральной терапии, основанный на двух направлениях — когнитивной терапии и бихевиоральной терапии (Weisz, Valleri, McCarty & Moore, 1999). Первоначально эти два подхода были разработаны для лечения депрессии у взрослых, а затем адаптированы для применения в лечении депрессии у детей и подростков (Lewinsohn & Clarke, 1999).

Когнитивная терапия обучает детей и подростков, страдающих депрессией, распознавать, подвергать сомнению и модифицировать негативные способы мышления, такие как ложные установки, негативные представления о себе, концентрация внимания на ближайших целях, чрезвычайно высокие требования, предъявляемые к своим поступкам, и отсутствие самоподкрепления. Их учат распознавать и игнорировать мысли негативного характера, например: «Это моя вина» или «В чем дело?», и заменять

их позитивными мыслями: «Она действительно мне нравится» или «Я — интересный человек». Например, девочку, которую отвергла ее подруга, можно было бы ободрить, предлагая ей убеждать себя: «У нее было плохое настроение», а не думать о том, что «Она ненавидит меня». Подростка можно ознакомить с конкретными ситуациями и примерами иррационального мышления и научить замещать их альтернативными, логическими объяснениями, которые более позитивны по своему содержанию. Например:

Ситуация: Две девочки, Диана и Коллин, попросили своих подруг встретиться с ними после школы. И Диана, и Коллин услышали в ответ от своих подруг, что те не смогут прийти потому, что слишком заняты дома.

Иррациональное мышление: Диана чувствует себя отвергнутой и думает: «Моя подруга не захотела встретиться со мной, потому что я ей не нравлюсь, и она никогда больше не захочет иметь со мной дело».

Рациональное мышление: Наоборот, Коллин считает: «Ну, моя подруга занята сегодня, но мы сможем

Таблица 8.4

Методы лечения депрессии у детей и подростков

Бихевиоральная терапия	Направлена на выработку таких способов поведения, с помощью которых достигается положительное подкрепление и снижается возможность получения наказания со стороны окружения. Может включать в себя обучение навыкам общения и умению справляться с психологическими трудностями, также обучает навыкам преодоления тревожных состояний и технике релаксации.
Когнитивная терапия	Направлена на то, чтобы помочь депрессивным детям и подросткам достичь лучшего понимания своего пессимистического и негативного образа мыслей, депрессогенных убеждений и склонностей, причинных атрибуций (случайных приписываний), связанных с самообвинениями в случае неудачи, и отсутствием самовознаграждений за собственные успехи и достижения. Распознавая депрессогенный стиль мышления, ребенок учится тому, чтобы изменить свои негативные, пессимистические убеждения на более позитивные и оптимистические.
Терапия самоконтроля	Учит детей и подростков, страдающих депрессией, организовать свое поведение для достижения долгосрочных целей. Придает особое значение самоконтролю мыслей и настроения, долгосрочным, а не кратковременным целям, более адаптивным стилям атрибуции, более реалистичным стандартам самооценки, а также усилению самоподкрепления и ослаблению самопорицания.
Когнитивная бихевиоральная терапия (CBT)	Наиболее распространенная форма психосоциального вмешательства. Сочетает в себе элементы бихевиоральной и когнитивной терапии, а также терапии самоконтроля в обобщенном подходе. Может к тому же применяться переобучение, направленное на изменение атрибутивного стиля, для того чтобы ребенок подверг сомнению свои пессимистические убеждения (Jaycox, Reivich, Gillham, & Seligman, 1994).
Межличностная терапия	Связана с изменением взаимоотношений в семье, которые оказывают влияние на возникновение депрессивного расстройства. Семейные сеансы терапии дополняются индивидуальными сеансами, во время которых детей и подростков, страдающих депрессией, поощряют к тому, чтобы они учились оценивать свое собственное поведение и понимать, какое воздействие оказывает их депрессия на других людей. Во время индивидуальных сеансов детей побуждают к приносящему им удовольствие общению с членами собственной семьи и со своими сверстниками.
Поддерживающая терапия	Предоставляет терапевтическую помощь, направленную на то, чтобы создать безопасную поддерживающую обстановку, которая позволяет депрессивным детям и подросткам ощущать связь с другими людьми и чувствовать их поддержку. Пытается повысить самооценку подростков и ослабить проявления депрессивных симптомов (Fine, Forth, Gilbert & Haley, 1991).
Лекарственная терапия	Лечит расстройства настроения и другие проявления депрессивных симптомов с помощью антидепрессантов (например: имипрамин (imipramine), amitриптилин (amitriptyline), дезипрамин (desipramine), ингибиторов моноаминовой оксидазы (MAOIs) и более современных ингибиторов, избирательно действующих на серотонин (SSRIs), таких как флюоксетин (fluoxetine) и сертралин (sertraline).

встретиться в другой раз. Она — все же моя лучшая подруга».

Бихевиоральная терапия утверждает, что депрессия есть следствие недостатка подкрепления, и депрессивное состояние поддерживается этим недостаточным подкреплением, обусловленным ограниченным диапазоном потенциальных подкрепителей, малым количеством доступных подкрепителей или неадекватными навыками, используемыми для получения вознаграждения (Lewinsohn, 1974). Бихевиоральная терапия сфокусирована на том, чтобы вызвать у подростков интерес к деятельности, приносящей удовольствие, и событиям в жизни, доставляющим радость. А также выработать у подростка навыки, необходимые для получения еще большего подкрепления. Вмешательства, включающие тренинг навыков общения, обучают детей быть уверенными в себе, искусству общения, способам приема и передачи обратной связи в общении, учат тому, как решать проблемы, связанные с общением, а также навыкам разрешения конфликтов для того, чтобы расширить позитивные взаимоотношения с другими людьми (e. g., Fine et al., 1991). На практике методы когнитивной и бихевиоральной терапии объединяются в один унифицированный лечебный подход, в котором адаптационное изменение когнитивных стилей обеспечивает адаптационное поведение, и наоборот (Stark, Sander, Yancy, Bronick & Hoke, 2000). Ниже приведены примеры таких интегрированных подходов в лечении детей и подростков.

Интегрированные терапевтические подходы для тренинга по усилению первичного и вторичного контроля у детей.

Джон Вэйз (John Weisz) и его коллеги из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе разработали лечебную программу, состоящую из 8 сеансов, для младших школьников, у которых депрессивные симптомы выражены в слабой и умеренной форме. Программа состоит из двух основных частей:

- *Первичное усиление.* Ребенок усиливает получаемые вознаграждения и ослабляет наказания, изменяя внешне свое поведение, чтобы соответствовать предъявляемым к нему требованиям (например выбирает определенный вид деятельности и способы достижения цели).
- *Вторичный контроль.* Ребенок усиливает получаемые вознаграждения и ослабляет наказания, изменяя самого себя внутренне, чтобы ослаблять столкновения с внешними факторами (например: избирает альтернативный стиль мышления, отказываясь от негативного, или обучается релаксации), и тем самым оказывает влияние на субъективное воздействие этих факторов.

Эта программа помогает детям изменить себя, чтобы ослабить негативное воздействие тех факторов, которые не поддаются изменениям (Weisz, Thuber, Sweeney, Proffitt & Le Gagnoux, 1997).

Оказание воздействия (Taking Action). Кэвин Старк (Kevin Stark), Филип Кендалл (Philip Kendall) и их коллеги разработали для детей, страдающих депрессией, и членов их семей всесторонний подход на основе методов когнитивно-бихевиоральной терапии (Stark & Kendall, 1996). Программа под названием «Оказание Воздействия» применяет целостный подход, который вовлекает в процесс лечения и ребенка, и членов его семьи. Акроним* «воздействие» (*action*) используется для того, чтобы укрепить в сознании ребенка мысль о том, что он может воздействовать на свое настроение и познакомить его со следующими принципами (Stark & Kendall, 1996, стр. 14):

A = Always find something to do to feel better.

Всегда находи что-нибудь подходящее для того, чтобы улучшить свое самочувствие.

C = Catch the positive.

Улавливай все позитивное.

T = Think about it as a problem to be solved.

Думай об этом как о проблеме, которую можно решить.

I = Inspect the situation.

Внимательно изучи ситуацию.

O = Open yourself to the positive.

Раскрой себя для всего позитивного.

N = Never get stuck in the negative muck.

Никогда не застревай на всякой негативной гадости.

На практике применяются многочисленные терапевтические методы для того, чтобы избавить детей и подростков от расстройств настроения, нарушений поведения и симптомов различных когнитивных нарушений.

- *Дисфория, вспышки гнева, ангедония, чрезмерная тревожность* излечиваются тем, что ребенка обучают понимать связь между настроением, мышлением и поведением. При этом используются методики, позволяющие управлять состоянием ребенка, планировать занятия, которые доставляют ребенку радость и удовольствие. Применяется также тренинг релаксации.

- Проблемы в межличностном взаимодействии устраняются с помощью использования тренинга навыков общения.

- Когнитивные искажения, негативные и самокритичные стили мышления исправляются с помощью когнитивно-реструктурирующих процедур и тренинга по эффективному решению проблем, а также использованием методов, вырабатывающих самоконтроль.

Вмешательства осуществляются как в форме индивидуальных, так и групповых терапевтических сеансов. При обучении используются сборники, содержащие разнообразные задания и упражнения, например:

Ситуация: Ты случайно роняешь свои книги... В другом конце аудитории группа одноклассников о чем-то разговаривает и смеется.

Негативное мышление: «Вот, посмотрите, что я наделал. Они, должно быть, думают, что я полный идиот».

Реакция, которая демонстрирует владение ситуацией: «Нет, они, вероятно, смеются над чем-нибудь другим. Кроме того, я знаю их. Они не такие. Я не первый, кто рассыпал свои книги. На самом деле все это такая ерунда».

Беседы, проводимые с членами семьи, направлены на то, чтобы облегчить обучение ребенка эффективными стратегиями, помогающими ему справляться со сложными ситуациями вне терапевтических сеансов, и оказать влияние на семейную обстановку, которая может способствовать возникновению и сохранению детских расстройств. Поскольку негативные взаимоотношения родителей и детей могут способствовать развитию у ребенка негативного мышления, замена неадекватных паттернов у членов семьи является одной из важных задач, которые решает программа «Оказание Воздействия». Для того чтобы изменить родительские и семейные когнитивные стили и паттерны поведения, применяются особые методы, которые включают в себя обучение родителей эффективным формам дисциплины, способам устранения всплеск гнева, раздражительности и негативного мышления. Вмешательства, проводимые со всей семьей, обучают навыкам преодоления трудностей и разрешения конфликтных ситуаций, навыкам планирования развлечений. Кроме того, проводится обучение эффективным способам решения семейных проблем и семейному общению (Stark, Swearer, Kurowski, Sommer & Bowen, 1996). Программа «Оказание Воздействия» представляет собой перспективный лечебный подход, созданный на теоретической и исследовательской базе. Однако эффективность его как всестороннего комплексного терапевтического метода лечения депрессивных расстройств еще предстоит уточнить.

Интегрированные терапевтические методы для лечения подростков. Лечебный курс, помогающий справиться с депрессией у подростков (CWD-A). Одной из самых общепризнанных и всеобъемлющих программ когнитивно-бихевиоральной терапии для лечения депрессии у подростков является программа под названием *лечебный курс, помогающий справиться с депрессией у подростков (CWD-A)*. Курс лечения депрессии у подростков, объединяющий разнообразные обучающие психологические методы, придает особое значение тренингу навыков, помогающих подросткам контролировать свое настроение, и развитию у них способностей, позволяющих

справляться с проблемными ситуациями. Курс лечения состоит из 16 двух часовых сеансов на протяжении 8 недель для групп количеством до 10 человек. Во время занятий подростки используют сборник упражнений, в который включены разработанные для каждого сеанса краткие объяснения, небольшие опросы, задания, выполняемые в процессе обучения в группе и дома. Терапевтические сеансы состоят из групповых занятий и ролевых игр. Кроме того, проводится дополнительная терапия с родителями подростков для ускорения процесса обучения новым навыкам и оказания им помощи в этом процессе, а также для того, чтобы помочь подросткам научиться применять те навыки, которыми они овладели на занятиях в группе, в повседневной жизни. Регулярно проводимые «усиленные сеансы» способствуют закреплению навыков, приобретенных за время лечения (Lewinsohn, Clarke & Rohde, 1994; Lewinsohn, Clarke, Rohde, Hops & Seeley, 1996).

Сначала подростки узнают, что депрессия может быть следствием многих причин, включая наследственную предрасположенность, стресс и преобладание у человека негативного мышления. Затем с подростками проводят тренинги релаксации в качестве меры безотлагательной помощи и для более успешного ведения занятий. Дальнейшие сеансы включают в себя следующие составные элементы (Lewinsohn, Clarke et al., 1996):

- Обучение навыкам, способствующим изменению собственной личности, например обучение навыкам самонаблюдения за своим настроением и поведением и способам, помогающим устанавливать более реалистичные цели.
- Большое количество времени отводится на занятия теми видами деятельности, которые доставляют удовольствие и расширяют возможности для получения подкрепления.
- Усиление позитивного мышления посредством распознавания, отрицания и замены негативных когнитивных стилей.
- Тренинг навыков общения и развитие коммуникативных способностей является неотъемлемой частью программы.
- Обучение конкретным навыкам, таким как разговорные навыки, способам планирования социальной активности и умению находить друзей.
- На завершающих сеансах уделяется внимание объединению приобретенных навыков в единое целое и составлению планов на будущее.

Медикаментозное лечение

«Я услышал о новом эффективном препарате «прозак» в новостях, — рассказывает один папа, — и когда мы наконец привели свою 9-летнюю дочь к психиатру, я подумал, что он просто даст ей эти таблетки, и наша жизнь сразу изменится. Год спустя у дочери наметились небольшие улучшения. Но для этого потребовалось перепробовать много разных лекарств» (К. Levine, 1995, стр. 45).

* Акроним — слово, буквы которого помещены в начале каждой строки, и образуют так называемый акrostих. — *Примеч. ред.*

Для лечения депрессии у детей и подростков могут применяться различные антидепрессанты, которые используются в лечении депрессии у взрослых, в частности трициклические имипрамины и амитриптимины (Kutcher, 1997). Некоторым детям и подросткам лечение антидепрессантами помогло сократить продолжительность депрессивного эпизода и способствовало восстановлению у них нормального развития в детском и юношеском возрасте (Ambrosini, Bianci, Rabinovich & Elia, 1993). Несмотря на то что антидепрессанты очень эффективны в лечении депрессии у взрослых, контрольные изучения, проведенные среди детей, страдающих депрессией, показали гораздо менее убедительные результаты. На самом деле антидепрессанты не намного эффективнее плацебо в лечении депрессии в детском и юношеском возрасте. Кроме того, они могут обладать серьезными побочными эффектами, негативно воздействуя на сердечно-сосудистую систему (B. Geller et al., 1999).

Для лечения депрессии у детей и подростков все чаще стали рекомендоваться новейшие SSRI-препараты, такие как флуоксетин (прозак), сертралин (золофт), и пароксетин HCL (паксил) (Emslie, Walkup, Pliszka & Ernst, 1999; C. W. Hughes et al., 1999). Прозак сейчас выпускается с ароматом перечной мяты, и в течение 1996 года было выпущено почти семьсот пятьдесят тысяч рецептов на SSRI-препараты, причем за последние два года использование этих препаратов в лечении депрессии возросло на 80% (APA Monitor, December, 1997).

Проведенные исследования подтверждают, что SSRI-препараты обладают преимуществом в лечении депрессии, поскольку они оказывают меньше побочных воздействий, также эффективны, как и антидепрессанты, но по сравнению с ними более удобны в применении (Bostic, Wilens, Spencer & Biederman, 1999). Непроверенные клинические данные свидетельствуют о том, что в 70–90% случаев имеет место положительный отклик на лечение подростков, страдающих большим депрессивным расстройством, препаратом флуоксетин (Birmaher et al., 1996a). Однако, как и в случае антидепрессантов, контрольные исследования сообщают о том, что и для данного препарата не наблюдается никакого преимущества в эффективности лечения по сравнению с плацебо. Исключение составило исследование, проводимое дважды с помощью слепого метода (*double-blind*), среди приблизительно 100 детей и подростков с большим депрессивным расстройством в возрасте от 7 до 17 лет, которое выявило значительные улучшения состояния пациентов, принимавших флуоксетин (56%), по сравнению с теми, кто принимал плацебо (33%) (Emslie et al., 1997). Несмотря на многочисленные положительные отклики на проводимое лечение, у многих детей и подростков наблюдаются лишь частичные улучшения состояния. Это указывает на то, что, возможно, нужно варьировать дозы лекарственных препаратов и продолжительность курса лечения, а также применять комбинированные терапевтические вмешательства

(Birmaher et al., 1996a). Кроме того, этот лекарственный препарат, по-видимому, эффективен только примерно для 50% детей и подростков.

Профилактика

Известно, что для депрессии характерны многократные рецидивы, поэтому усилия, направленные на предотвращение развития депрессивного расстройства в детском и юношеском возрасте, могут снизить риск возникновения данного заболевания на протяжении жизни и препятствовать истощению жизненных ресурсов организма (Gillham, Shatte & Freres, 2000; Schraedley et al., 1999). Групповая когнитивно-бихевиоральная терапия в сочетании с обучением релаксации и применение методов групповой терапии, направленных на разрешение проблемных ситуаций, помогают предотвратить рецидивы депрессии у подростков, проявляющих депрессивные симптомы в течение 2 лет после проведенного курса лечения (Lewinsohn, Clarke & Rohde, 1994). Были проведены исследования среди школьников 7–12 лет, имевших предклинические симптомы депрессии. Эти исследования также выявили эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии в ослаблении проявлений депрессивной симптоматики и в снижении риска развития депрессивного расстройства в течение 2 лет после проведенного лечения (Clarke et al., 1995; Gillman & Reivich, 1999).

Психотерапия, поведившаяся с младшими дошкольниками и их депрессивными матерями, носила успешный характер в предотвращении отклонений в когнитивном развитии, которые наблюдались у тех детей, чьи матери страдали депрессией и не получали психотерапевтической помощи (Cicchetti, Rogosch & Toth, 2000). Наконец, при проведении других терапевтических вмешательств, предназначенных семьям, где страдали депрессией родители, удалось добиться того, что члены семьи стали больше общаться друг с другом, в семье улучшилась адаптация, и дети стали лучше понимать характер заболевания своих родителей после проведенного вмешательства (Beardslee, Versage et al., 1997); Beardslee, Wright, Salt & Drezner, 1997). Однако приоритет сегодня должен отдаваться развитию и непрерывному усовершенствованию профилактических мероприятий для тех детей и подростков, кто подвержен риску депрессивных расстройств.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Когнитивно-бихевиоральная терапия оказалась наиболее успешной в лечении депрессии в детском и юношеском возрасте.
- Антидепрессанты очень эффективны в лечении депрессии у взрослых, но контрольные исследования, проведенные среди детей, не подтвердили эффективности их применения. Для медикаментозного лечения депрессии в первую очередь могут

off the mark by Mark Paris



Off the mark by Mark Parisi Не в себе. Рисунок Марка Паризи

быть рекомендованы SSRI-препараты, поскольку они обладают меньшими побочными воздействиями, так же эффективны, как и антидепрессанты, но более удобны в применении по сравнению с ними.

- Приоритет должен отдаваться программам, направленным на профилактику депрессии у детей и подростков.

БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО (ВР)

В некотором смысле, депрессия — это взгляд на окружающее через темное стекло, а мания превращает мир в сверкающие осколки калейдоскопа.

(Jamison, 1997, стр. 48)

Бэн: Резкие перепады настроения

Четырнадцатилетний Бэн был помещен в психиатрическую клинику (*residential treatment center*). В его анамнезе зафиксированы эмоциональная лабильность, крайняя возбудимость и тревожность, бессонница и сексуальная озабо-

ченность (он приставал к одноклассницам и даже пытался делать предложения об интимной близости своей учительнице). У Бэна отмечается стремительное перескакивание с одной мысли на другую и ускоренная или «сжатая» речь, характерная для маниакального синдрома, а также широкий диапазон перепадов настроения. В период маниакального состояния Бэн страдает бессонницей, кричит, громко поет, заполняя собой, кажется, все пространство клиники и досажая окружающим днем и ночью. В это время он уверен в своих необыкновенных способностях и утверждает даже, что может летать. В моменты резкого спада активности Бэн, свернувшись калачиком, лежит под грудой одеял. Он превращается в замкнутого, переполненного отчаянием подростка, который говорит о собственной никчемности и высказывает мысли о самоубийстве.

Несмотря на то что биполярное расстройство в основном считается заболеванием, которому подвержены взрослые люди, оно рассматривается здесь в связи с тем, что возникает в юношеском возрасте. Если вы видели фильм «Сияние» («Shine»), то, вероятно, помните чистый образ австралийского вундеркинда Дэвида Хелфготта (David Helfgott), блестяще исполняющего Третий фортепьянный концерт Рахманинова так, будто кроме этой музыки ничего не существует на свете. До недавнего времени биполярному расстройству у детей и подростков уделялось слишком мало внимания (G. A. Carlson, 1994). Биполярное расстройство в детском и юношеском возрасте трудно распознается из-за низкого базового показателя распространенности, вариативности клинических симптомов в момент протекания эпизода и вне его и частичного сходства с симптомами других, более распространенных расстройств, таких как синдром гиперактивности и дефицита внимания (Bowring & Kovacs, 1992; Egelland, Hostetter, Pauls & Sussex, 2000).

Хотя биполярное расстройство чрезвычайно редко встречается у детей младшего возраста, его распространенность значительно возрастает после пубертатного периода. Подросток, подверженный данному расстройству, подобно Бэну, в один момент может быть маниакальным, возбужденным и необузданным, а через некоторое время становится подавленным и неподвижным, или успокаивается, производя впечатление вполне здорового человека (D. Geller & Luby, 1997). В случае с Бэном обнаруживаются основные признаки биполярного расстройства: интенсивный период неадекватного поведения и состояния стойкого возбуждения и экспансивности или состояния раздражения, который чередуется или сопровождается одним или несколькими эпизодами тяжелой депрессии. Для биполярного расстройства характерны эмоциональный подъем и эйфория. Однако эти ощущения могут быстро смениться на гнев и враждебность, если подростку в чем-то воспрепятствовать или помешать. Поскольку многие подростки с биполярным расстройством

одновременно переживают и депрессию, их легко довести до слез.

У подростков, страдающих биполярным расстройством, отмечаются резкие и циклические изменения в настроении и мощные всплески активности. Маниакальный эпизод обычно имеет четко выраженное начало и завершение. Таким образом, совершенно ясно, что клиническая картина описывает состояние, которое кардинально отличается от нормального (G. A. Carlson, 1995). Во время маниакального эпизода у подростков с биполярным расстройством наблюдается сильная раздражительность и вспышки гнева. Или же они могут проявлять неразумность, легкомыслие, крайнее возбуждение, болтливость в сочетании с эксцентричностью и бредом величия (например, подросток может ощущать, что у него есть особое средство для общения с Богом). Считается нормальным, если ребенок воображает, будто бы у него какие-то исключительные способности, но ребенок или подросток с биполярным расстройством во время маниакального эпизода действительно убежден в том, что он — Геракл или Джеки Чан (Jackie Chan), и что он — всемогущ. Он верит в свои способности ходить по воде, летать, управлять транспортом или прыгать с высотных зданий, не нанося при этом себе никаких повреждений — и в результате может погибнуть. Бред величия редко встречается у маленьких детей, но начинает проявляться в возрасте 9–10 лет (G. A. Carlson, 1994).

Для детей с биполярным расстройством обычны такие симптомы, как беспокойство, возбуждение и бессонница. Может отмечаться сексуальная раскрепощенность (как у Бэна, который делал предложения своей учительнице), когда подросток проявляет сексуальную озабоченность, прикасается к другим людям с сексуальными намерениями и «ведет грязные разговоры». У подростков, страдающих биполярным расстройством, в момент маниакального эпизода отмечается резкий рост самооценки и мощный прилив сил и энергии. Они способны сутками не спать, не чувствуя усталости. Они часами могут заниматься теми видами деятельности, которые их сильно увлекают, например: рисование, игра на музыкальных инструментах, или углубляются в игры, требующие большого умственного напряжения и фантазии. В то же время у них может отмечаться рассеянность и постоянное переключение с одной мысли на другую (B. Geller & Luby, 1997).

Приподнятое настроение, характерное для подростков, страдающих манией, создает ложное впечатление о них, как о счастливых и веселых людях. Подобно Бэну, они могут говорить: «Я чувствую себя просто потрясающе». Поэтому бывает трудно осознать, что за смехом и весельем у подростка кроется страдание и дистресс. По этой причине важно правильно понять настроение и состояние, в котором находится подросток, особенно если наблюдается несоответствие между приподнятым настроением ребенка и происходящими неприятностями в школе, конфликтами и проблемами дома, или правонарушениями (B. Geller & Luby, 1997).

При постановке диагноза биполярного расстройства у детей и подростков используются диагностические критерии Руководства DSM, которые применяются также при постановке диагноза у взрослых. На основе современных исследований сделано предположение о том, что биполярное расстройство, возникшее в возрасте до 18 лет, представляет собой, по существу, то же самое заболевание, что и у взрослых людей, несмотря на то, что неизвестны возможные различия в долгосрочных последствиях и ассоциативных характеристиках. Существует несколько подтипов биполярного расстройства, классификация которых зависит от того, проявляется ли у больного *маниакальный эпизод, смешанный эпизод или эпизод гипомании*. Критерии DSM для каждого из этих эпизодов представлены в табл. 8.5, а критерии для различных типов биполярного расстройства в табл. 8.6. Для постановки диагноза биполярного расстройства требуется наличие признаков, характерных для маниакального или смешанного эпизода в случае **биполярного расстройства I типа**, эпизода гипомании в случае **биполярного расстройства II типа**, или предпороговые маниакальные симптомы в случае **циклотимического расстройства***.

Характерные стадии развития мании описаны для взрослых людей. Вначале у больного может отмечаться эйфория, усиление психомоторной активности и перепады настроения. Раздражительность, хаотически меняющиеся мысли, дисфория и дезорганизация характеризуют вторую стадию. В конце концов возникает нарушенное, спутанное мышление и появляются психотические симптомы. Значительные по своим проявлениям депрессивные симптомы могут предшествовать, сопутствовать и/или следовать за манией в пределах одного и того же эпизода. Депрессивные эпизоды, присутствующие в биполярном расстройстве у взрослых, обычно включают психомоторную заторможенность, попытки суицида и психотические симптомы (Jamison 2000).

Наоборот, у детей и подростков, у которых возникает маниакальный эпизод, часто отмечаются нетипичные симптомы (Biederman et al., 2000; Bowring & Kovacs, 1992). Такие проявления, как перепады настроения, психомоторное и психическое возбуждение, могут носить неустойчивый характер и наблюдаются не во всех случаях. Раздражительность, агрессивность и смешанные маниакально-депрессивные симптомы возникают чаще, чем эйфория. В отличие от взрослых, социальное окружение оказывает сдерживающее влияние на дерзкое, безрассудное поведение детей. Такое поведение обычно подразумевает неприятности в школе, драки, игры, сопряженные с опасностью, и несоответствующее возрасту сексуальное поведение. Таким образом, нужно отличать классические симптомы мании, к которым относится бред величия, психомоторное возбуждение и безрассудное поведение, от тех симптомов, которые характеризуют наиболее распространенные расстройства детского возраста, например

* Циклотимия — умеренные колебания настроения от подавленного до приподнятого. — *Примеч. ред.*

синдром гиперактивности и дефицита внимания. Кроме того, такие симптомы следует отличать от обычного поведения ребенка, связанного с хвостовством, воображаемыми ролями, сверхактивностью и детскими заблуждениями (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 1997).

Каким образом выражаются некоторые из наиболее значительных проявлений мании у подростков, страдающих биполярным расстройством? Во время маниакального эпизода подростки демонстрируют настойчивую убежденность в правильности и важности своих идей. У подростков могут отмечаться нарушения, связанные с процессом мышления, — нелогичные, стойкие убеждения, которые управляют их действиями. Бред величия приводит к неспособности трезво оценивать обстановку и к импульсивному поведению (Jamison, 1997). Одно из наиболее распространенных проявлений бреда величия у детей и подростков с биполярным расстройством заключается в том, что они назойливо поучают пре-

подавателей, как следует проводить уроки в классе. Это может стать настолько невыносимым, что преподаватели бывают вынуждены обращаться за помощью к родителям, чтобы те повлияли на своих детей. Подростки, страдающие биполярным расстройством, уверенные в том, что их учат неправильно, могут даже намеренно пропускать какие-то занятия, действуя согласно своему лишенному логики убеждению в том, что дети сами имеют право выбирать, что им следует проходить, а что нет. Еще одним распространенным симптомом биполярного расстройства является кража дорогих вещей. Все усилия полиции или родителей, направленные на то, чтобы объяснить ребенку ошибочность и противозаконность его поступков, остаются напрасными. Хотя такие подростки и знают, что воровство незаконно, они убеждены в том, что они выше закона. Обычно бред величия у подростков с биполярным расстройством основан на лишенном логического объяснения убеждении в том, что они добьются величайшей

Таблица 8.5

Основные диагностические критерии согласно, Руководству DSM-IV, для определения маниакальных, смешанных эпизодов и эпизодов гипомании

Критерии DSM-IV для маниакального эпизода

Маниакальный эпизод является отличительной особенностью биполярного расстройства и определяется следующим образом:

Отчетливый период, в котором устойчиво сохраняется приподнятое настроение, экспансивность и/или раздражительность, длящийся, по крайней мере, неделю (или любой продолжительности при необходимости госпитализации).

В тот период, когда отмечаются расстройства настроения, устойчиво проявляются три (или более) из следующих симптомов, имеющих ярко выраженный характер (четыре — в том случае, если расстройство настроения характеризуется только раздражительностью):

- (1) Чрезмерно завышенная самооценка или бред величия.
- (2) Снижение потребности во сне (например ощущение отдыха после всего лишь 3-х часов сна).
- (3) Чрезмерная разговорчивость или трудности в поддержании разговора.
- (4) Быстрая смена мыслей или субъективное ощущение быстрой смены мыслей.
- (5) Неустойчивость внимания (внимание чрезвычайно легко притягивается к совершенно незначительным или посторонним внешним раздражителям).
- (6) Усиление целенаправленной активности (социальной, на работе, в школе или сексуальной) или же психомоторное возбуждение.
- (7) Чрезмерная увлеченность занятиями, доставляющими удовольствие, что чревато негативными последствиями (например необузданность, несдержанность, проявляемая при покупке каких-либо вещей, нескромное сексуальное поведение или безрассудная трата денег).

Критерии DSM-IV для смешанного эпизода

Смешанный эпизод диагностируется в том случае, когда присутствуют критерии, определяющие и маниакальный эпизод, и эпизод тяжелой депрессии в течение, по крайней мере, 1 недели.

Критерии DSM для эпизода гипомании

Эпизод гипомании схож по своим симптомам с маниакальным эпизодом, но отличается по степени тяжести, продолжительности и по критериям, определяющим ухудшения общего функционирования. Симптомы должны проявляться в течение, по крайней мере, 4 дней, и вызывать четко выраженные изменения состояния, которые нетипичны для человека в отсутствие симптоматики. Однако не наблюдается заметного ухудшения состояния, при котором необходима госпитализация, или выраженных психотических симптомов; в противном случае ставится диагноз маниакального эпизода.

Источник: DSM-IV-TR 2000 by APA.

известности, например в качестве хирурга, провалы на экзаменах в школе и низкая успеваемость при этом в расчет не принимаются. Если такого подростка спрашивают, каким образом он сможет достичь этого, он отвечает: «Я просто знаю, что я достигну этого, и все». Подросток, страдающий биполярным расстройством, имеющий маленький рост, отличающийся неуклюжестью и не обладающий физическими данными для занятий спортом, может с большим рвением начать заниматься баскетболом и быть совершенно уверенным в том, что его зачислят в стипендиаты по баскетболу от штата Северная Каролина, и он станет вторым Майклом Джорданом* (G. A. Carlson, 1994; B. Geller & Luby, 1997).

В отличие от депрессивных подростков, которые подолгу не могут заснуть, лежа в кровати часами в мучительных раздумьях, страдающие манией хорошо спят, недолго задерживаются в постели, и им требуется мало времени для того, чтобы выспаться. Ребенок с манией может провести несколько часов, отведенных для сна, переключая вещи на туалетном столике или в шкафу или может дожидаться, пока не заснут родители, а затем потихоньку выскользнуть из дома, чтобы пойти к друзьям.

У детей с манией слова, мысли и поступки подчинены ложной мотивации. Для них характерны каламбуры, многословие и непрекращающийся речевой поток. Дети всех возрастов, страдающие манией, говорят слишком много и слишком быстро, часто меняют темы разговора, и их невозможно прервать. Для детей с манией также характерен *стремительный поток мыслей*. Они говорят о том, что не в состоянии выполнять классные задания, потому что

* Майкл Джордан (Michel Jordan), (г. р. 1963), один из наиболее популярных и высокооплачиваемых баскетболистов США 80–90 годов, прозванный «летающим Джорданом». Играл в команде «Chicago Bulls», вместе с которой выигрывал первенство NBA. Ушел из спорта в 1999 году. — *Примеч. ред.*

их мысли все время им мешают. Так, одна девочка-подросток признается: «Я хотела бы иметь выключатель на лбу, чтобы останавливать свой мысленный поток». (B. Geller & Luby, 1997). Так же, как и у взрослых с биполярным расстройством, у подростков, страдающих этим заболеванием, отмечается *полет мыслей*, лишнее логики стремительное переключение с одной мысли на другую. Например, на вопрос: «Ты живешь в Лос-Анджелесе?», ребенок может ответить: «Некоторые люди любят плавать в океане. У тебя есть собака?»

Характерным для детей всех возрастов, страдающих манией, является то, что даже незначительные перемены в окружающей обстановке могут совершенно сбивать их с толку и расстраивать. Повышенная психомоторная активность и целеустремленные поступки напоминают нормальные действия, но осуществляются сверх всякой меры, и, как кажется, с неистощимым запасом энергии. За короткий промежуток времени маниакальный подросток может нарисовать несколько картин, прочитать книгу, поработать на компьютере, приготовить поесть, сделать множество телефонных звонков, написать письмо и пропылесосить весь дом.

Для подростков с манией характерно то, что они способны пренебрегать опасностью. У подростков более старшего возраста это проявляется в виде безрассудной езды на мотоцикле, автомобиле и т. д., что приводит к многочисленным штрафам за превышение скорости или за вождение в нетрезвом виде. У детей предподросткового возраста это может выражаться в виде бреда величия, связанного с их верой в свои исключительные способности. Они могут выпрыгивать из окон, убежденные в том, что умеют летать, или ходить по самому краю обрыва, полагая, что для них не существует опасности (B. Geller & Luby, 1997). В крайних случаях подросток может испытывать сильное возбуждение, сопровождающееся бредом, зрительными и слуховыми галлюцинациями.

Таблица 8.6 Подтипы биполярных расстройств

• Биполярное расстройство I типа

Форма биполярного расстройства, характеризующаяся одним или более маниакальным или смешанным эпизодом, которые обычно сопровождаются эпизодами общей депрессии.

• Биполярное расстройство II типа

Форма биполярного расстройства, характеризующаяся одним или более тяжелым депрессивным эпизодом, которые сопровождаются, по крайней мере, одним эпизодом гипомании.

• Циклотимическое расстройство

Для детей и взрослых циклотимия диагностируется в том случае, если наблюдались, по крайней мере, в течение 1 года (2-х лет у взрослых) многочисленные периоды проявлений симптомов гипомании, не подпадающих под описание эпизода мании, и многочисленные периоды проявлений депрессивных симптомов, не отвечающих критерию эпизода тяжелой депрессии. Симптомы должны присутствовать большую часть времени в течение 1 года и вызывать значительный дистресс или ухудшение состояния. Отсутствие симптомов в этот период должно длиться не более двух месяцев подряд.

Источник: DSM-IV-TR 2000 by APA.

Распространенность биполярного расстройства

В детском и юношеском возрасте биполярное расстройство представляет собой менее распространенное заболевание по сравнению с тяжелой депрессией. У детей и подростков его распространенность составляет 0,4–1,2% (Lewinsohn, Klein & Seeley, 1995). Поскольку проявления маниакальных симптомов у детей и подростков часто бывают непродолжительными по времени, то есть длятся меньше 1 недели (периода, требуемого, согласно критериям Руководства DSM, для диагностирования маниакального эпизода), наиболее общим диагнозом является биполярное расстройство II типа и циклотимическое расстройство, а не биполярное расстройство I типа (Lewinsohn et al., 1995). К тому же у детей маниакальные эпизоды чаще протекают в ускоренной, циклической форме (по крайней мере, 4 эпизода, связанных с расстройством настроения за годичный период), такое течение заболевания характерно приблизительно для 80% детей (B. Geller et al., 1995).

Несмотря на эпизодические сообщения о возникновении мании у дошкольников, количество заболеваний биполярным расстройством среди детей, не достигших пубертатного возраста, чрезвычайно мало, но возрастает среди подростков (Lewinsohn et al., 1995). В действительности распространенность биполярного расстройства среди подростков, по крайней мере, такая же, как и у взрослых людей. Так же, как и при депрессии, последствия биполярного расстройства зависят от того, в каком возрасте началось заболевание (B. Geller & Luby, 1997).

Значительное отличие биполярного расстройства от депрессии заключается в том, что мужчины подвержены ему в такой же степени, что и женщины. Однако результаты исследований, проведенных среди подростков с ранним развитием биполярного расстройства, свидетельствуют о том, что мальчики, по-видимому, больше подвержены этому заболеванию, по сравнению с девочками, особенно в случае возникновения расстройства в возрасте до 13 лет. Не выявлено различий в оценках распространенности по этническим или культурным признакам, но эти выводы сделаны на основе небольшого числа исследований, посвященных изучению этой проблемы у детей и подростков (AACAP, 1997).

Сопутствующие расстройства

У некоторых подростков с биполярным расстройством процесс их развития до возникновения заболевания протекает нормально. Тем не менее в анамнезе значительного числа пациентов отмечаются поведенческие проблемы, связанные с синдромом гиперактивности и дефицита внимания, случаи антисоциального поведения, которые наблюдались у них до возникновения биполярного расстройства. Распространенным явлением бывает предклиническая тревожность и проблемы эмоционального характера, как и в случае тяжелого депрессивного эпизо-

да (Akiskal, 1995). Наиболее распространенными сопутствующими расстройствами являются синдром гиперактивности и дефицита внимания, тревожные расстройства и расстройства, связанные с антисоциальным поведением и злоупотреблением психоактивными веществами (Wilens et al., 1999).

У подростков с биполярным расстройством часто проявляются сопутствующие симптомы, такие как недостатки логического мышления, рассеянность, невнимательность, гиперактивность, раздражительность, импульсивность, антисоциальное поведение и тенденция резко переключаться с одной темы разговора на другую или от одного вида деятельности к другой — паттерны, характерные для синдрома гиперактивности и дефицита внимания. У 90% детей и 30% подростков, наблюдаемых в связи с биполярным расстройством, отмечается также синдром гиперактивности и дефицита внимания (B. Geeller & Luby, 1997).

Оппозиционное и кондуктивное расстройство присутствуют у 20% детей и подростков с биполярным расстройством. Бред величия и недостатки логического мышления, возникающие при биполярном расстройстве, можно спутать с симптомами, характерными для других расстройств. Например, 11-летний мальчик, страдающий биполярным расстройством и убежденный в том, что должен стать известной рок-звездой, украл компакт-диски стоимостью в несколько сотен долларов и выглядел на допросе в полиции абсолютно нормальным, не проявляя признаков психического заболевания. Симптомы, характерные для кондуктивного расстройства, такие как стремление к бродяжничеству, вождение транспортного средства под воздействием алкоголя, злоупотребление психоактивными веществами, сексуальная неразборчивость и стремление к воровству, частично совпадают с симптомами, проявляемыми при биполярном расстройстве. Так же, как и при депрессии, у подростков, страдающих биполярным расстройством, наблюдаются многочисленные сопутствующие тревожные расстройства (B. Geeller & Luby, 1997).

Возникновение, течение и последствия биполярного расстройства

Примерно у 20% всех пациентов с биполярным расстройством первый эпизод заболевания отмечается в юности, а возрастной максимум, в который происходит возникновение заболевания, находится в пределах между 15 и 19 годами (AACAP, 1997). Развитие заболевания до 10-летнего возраста маловероятно. При первом проявлении биполярного расстройства у подростков может отмечаться или депрессивный, или маниакальный эпизод. По словам большинства пациентов, биполярное расстройство начиналось у них с тяжелой депрессии. Это согласуется с сообщениями о значительном проценте случаев перехода от депрессии к мании (B. Geeller & Luby, 1997). Из детей с большим депрессивным расстройством, у кого впоследствии происходит разви-

тие биполярного расстройства, 80% находятся в возрасте 12 лет или моложе на момент возникновения у них тяжелой депрессии (V. Geller, Fox & Clark, 1994).

Факторы риска для развития мании включают в себя эпизод тяжелой депрессии, характеризуемый ускоренным началом, психомоторной заторможенностью и психотическими проявлениями, а также распространение среди других членов семьи расстройства настроения, в частности биполярного расстройства (AACAP, 1997). Если у подростка наблюдается первый эпизод мании, весьма вероятно, что за ним последуют другие маниакальные эпизоды. Биполярные эпизоды по своей продолжительности, в основном, короче, чем эпизоды тяжелой депрессии, и продолжаются от 4 до 6 месяцев, если остаются без лечения. Примерно 75% подростков выздоравливают через 6 месяцев (G. A. Carlson, 1994).

Существует два типа (паттерна) развития биполярного расстройства у подростков:

- Для подростков, у которых развитие биполярного расстройства происходит до пубертатного возраста или в начале периода полового созревания, характерны непрерывные, смешанные, маниакальные, быстро чередующиеся многочисленные короткие эпизоды. Такие подростки могут смеяться и весело играть в компьютерные игры, без видимых на то причин вдруг становясь несчастными. Они начинают проявлять суицидные наклонности и говорить о самоубийстве.
- У подростков, у которых развитие биполярного расстройства происходит в конце пубертатного периода или после него, в первом эпизоде мании наблюдается множество дискретных эпизодов, которые внезапно начинаются и также внезапно заканчиваются. Продолжительность каждого дискретного эпизода составляет несколько недель, с улучшением состояния между эпизодами (B. Geller & Luby, 1997).

У подростков с манией часто наблюдается целый комплекс симптомов, включая психотические симптомы, такие как галлюцинации, паранойя и нарушение мыслительных процессов, резкие смены настроения, со смешанными маниакальными и депрессивными проявлениями и значительные нарушения в поведении. Столь разнообразные симптомы, наблюдаемые одновременно, могут в результате затруднить диагностирование биполярного расстройства (часто ставится ошибочный диагноз шизофрении). Трудности в распознавании симптомов биполярного расстройства приводят к тому, что подростков начинают лечить и госпитализируют по поводу других расстройств, а биполярное расстройство остается нераспознанным. При внимательном изучении историй болезни взрослых людей с биполярными симптомами часто выясняется, что колебания в настроении начинают отмечаться у них примерно в пубертатном периоде; однако, в среднем, только через 5–10 лет с момента появления симптомов, когда они уже проявляются в острой форме

и становятся ярко выраженными, их удается идентифицировать. Лишь после этого ставится диагноз и начинается лечение (G.A. Carlson, 1994).

Биполярное расстройство у подростков может приобретать хроническую форму, плохо поддающуюся лечению, и иметь негативные последствия (AACAP, 1997). При проведении 5-летнего исследования, выяснявшего последствия биполярного расстройства у подростков, было установлено, что почти у 50% пациентов либо возникали рецидивы заболевания, либо им не удавалось достичь полного выздоровления (Strober et al., 1995). По сравнению со взрослыми, у подростков с биполярными расстройствами может отмечаться более длительное течение заболевания, которое хуже поддается лечению. Однако долговременные прогнозы для подростков, по-видимому, схожи с прогнозами, которые делаются для взрослых. Примерно у половины пациентов наблюдается значительное ухудшение состояния по сравнению с их состоянием до начала заболевания. Длительные последствия воздействия биполярного расстройства на процесс развития, вероятно, весьма значительны, но на сегодняшний день еще слишком мало изучены (AACAP, 1997; B. Geller & Luby, 1997).

Причины

Габриэль: Наследственное заболевание

«Отец Габриэль был алкоголиком и страдал маниакально-депрессивным психозом, вероятно с юношеских лет. Он умер от обезвоживания организма, случившегося во время маниакального эпизода,— рассказывает мать Габриэль.— На его болезни лежал отпечаток таинственности. Когда Габриэль росла, она знала, что ее отец болен, а став старше, начала беспокоиться, не отразится ли на ней болезнь отца. Я тоже очень переживала из-за этого. К тому времени, когда Габриэль было чуть больше двадцати, с ней стало происходить что-то неладное. Сначала я заметила лишь, что она стала какой-то рассеянной и необязательной — забывала вещи, опаздывала, и несколько раз мне не удалось с ней встретиться, когда мы об этом договаривались. Она просто не пришла. Потом появились жалобы на усталость, простуды, грипп или боль в желудке. Все чаще и чаще ее ответы становились краткими и формальными. Габриэль переживала глубокие приступы депрессии, которые длились месяцами и проходили сами собой, но я не догадывалась об этом, пока ей не поставили диагноз большого депрессивного расстройства. У нее не возникло маниакальных колебаний настроения, характерных для биполярного расстройства, которым страдал ее отец» (Адаптировано из C. Dowling, 1992).

С целью изучения причин возникновения биполярного расстройства у детей и подростков были

проведены лишь немногочисленные исследования. Результаты семейных и генетических исследований указывают на то, что биполярное расстройство возникает вследствие генетической предрасположенности и воздействия факторов окружающей среды, к которым относятся стресс и неблагоприятная атмосфера в семье. Было установлено, что это заболевание передается по наследству. Если один или оба родителя страдают биполярным расстройством, то с большой вероятностью можно прогнозировать, что у детей также разовьется биполярное расстройство или, как у Габриэль, какое-нибудь иное расстройство настроения.

Дети, чьи родители страдают биполярным расстройством, подвержены также риску других психических заболеваний, к которым относятся синдром гиперактивности и дефицита внимания и кондуктивное расстройство. Среди родственников детей и подростков, подверженных биполярному расстройству, отмечается повышенная частота заболеваемости этим расстройством. В случае раннего возникновения биполярного расстройства наблюдается наиболее высокая семейная частота заболеваемости на протяжении жизни, с коэффициентом распространенности для ближайших родственников около 15% (ААСАР, 1997). Этот коэффициент в 15 раз превышает коэффициент распространенности данного расстройства среди населения в целом. Накапливаются доказательства того, что причина возникновения биполярного расстройства связана со многими генами. Вероятно, передача по наследству этого заболевания связана с комплексным взаимодействием многих генов, а не с каким-то одним доминантным геном. У тех, кто генетически предрасположен к биполярному расстройству, необязательно может произойти его развитие, поскольку внешние факторы играют важную роль в том, как будут выражены влияния этих генов (B. Geller & Luby, 1997).

Лечение биполярного расстройства

Методы лечения биполярных расстройств у детей и подростков еще плохо изучены. Биполярное расстройство требует в основном комплексного терапевтического подхода. Пациентов и членов их семей необходимо ознакомить со спецификой данного заболевания. При лечении используются такие препараты, как литий, и проводятся психотерапевтические вмешательства с целью ослабления и устранения проявляемых детьми и подростками симптомов, и связанных с ними ухудшений в сфере социального взаимодействия. В основном лечение направлено на то, чтобы снять проявления симптоматики биполярного расстройства и предотвратить возникновение рецидивов, а также уменьшить длительность протекания заболевания и укрепить жизненные ресурсы детского организма, обеспечивающие нормальное развитие (ААСАР, 1997).

В клинической практике находят успешное применение медикаментозные методы лечения. Обычно медикаментозное лечение используется для того, чтобы снять проявление маниакальных или смешан-

ных и депрессивных симптомов, или же для того, чтобы предотвратить возникновение рецидивов. В то же время контрольные испытания доказывают ограниченность применения медикаментозной терапии для детей и подростков с биполярным расстройством. Существующие на сегодняшний день методы лечения детей основываются на результатах лечения взрослых людей, и, как мы видели это в случае использования трициклических антидепрессантов, такая экстраполяция не может быть эффективной (B. Geller, 1998; B. Geller & Luby, 1997). В настоящее время мы не располагаем достаточной информацией о том, какие медикаменты следует использовать, чтобы устранить возникающие при биполярном расстройстве у детей и подростков проблемы, связанные с социальным взаимодействием.

В основном ведущим средством для лечения биполярного расстройства является литий, хотя находят применение и другие лекарственные препараты, включая SSRI-препараты (Biederman, Mick, Spencer, Wilens & Faraone, 2000; Frazier et al., 1999). Соли лития, применяемые в медицине, достаточно распространены в природе и присутствуют даже в питьевой воде, но обычно в слишком малых количествах, чтобы оказывать какое-либо серьезное воздействие на человеческий организм. Обзор эпизодических сообщений о применении лития в лечении биполярного расстройства детей и подростков указывает на то, что такое лечение дает схожие, но менее эффективные результаты по сравнению с теми, которые были получены при лечении взрослых (G. A. Carlson, 1994).

Применение терапевтических доз лития может вызывать весьма опасные побочные эффекты, включая интоксикацию, нарушения работы почек и щитовидной железы и значительное увеличение массы тела. При использовании этого препарата для лечения детей и подростков должны соблюдаться те же меры предосторожности и тот же строгий врачебный контроль, как и при лечении взрослых. Однако, учитывая потенциально опасные побочные эффекты, литий нельзя назначать детям из неблагополучных семей или тем детям, которые не имеют возможности проходить многократные врачебные осмотры, контролирующие содержание лития в организме и проверяющие функционирование почек и щитовидной железы (G. A. Carlson, 1994; B. Geller & Luby, 1997).

Медикаментозное лечение зачастую снимает проявление симптомов биполярного расстройства, но не помогает в устранении ассоциированных функциональных нарушений, которые обычно включают существующие прежде или сопутствующие расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, расстройства психологического развития и поведенческие проблемы, а также трудности в семейных взаимоотношениях и в общении со сверстниками. При лечении биполярного расстройства необходимо учитывать ассоциированные характеристики. Психосоциальные вмешательства призваны обеспечить необходимой информацией ребенка и членов семьи, которым рассказывается о специфике

данного заболевания, его симптомах и течении, возможном влиянии на семейную жизнь и наследственность. Нарушение правил приема лекарственных препаратов является главным фактором, содействующим возникновению рецидивов. Поэтому необходимо информировать членов семьи ребенка о возможных негативных последствиях несоблюдения врачебных предписаний приема лекарственных препаратов и научить распознавать симптомы возникновения рецидивов (G. A. Carlson, 1994; B. Geller & Luby, 1997). К сожалению, было проведено слишком мало исследований, посвященных изучению влияния психосоциальных вмешательств на детей и подростков с биполярным расстройством, и на сегодняшний день не разработаны психотерапевтические методы лечения маниакально-депрессивного психоза.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- У детей и подростков с биполярным расстройством возникают периоды аномально приподнятого настроения, возбужденности и/или раздражительности.
- У них могут наблюдаться такие симптомы, как завышенная самооценка, снижение потребности во сне, ускоренная речь, стремительное переключение мыслей с одной на другую, отвлеченность внимания и безрассудное поведение.
- Биполярное расстройство гораздо менее распространено среди детей и подростков по сравнению с большим депрессивным расстройством, его распространенность оценивается в 1% и ниже.
- Биполярное расстройство чаще всего возникает в конце пубертатного периода, и ему в равной степени подвержены как лица мужского, так и женского пола. Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями являются тревожное и кондуктивное расстройства, синдром гиперактивности и дефицита внимания, а также расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами.
- Очень мало исследований было посвящено изучению причин возникновения биполярного расстройства у детей и подростков. Семейные и генетические исследования, проводимые среди взрослых,

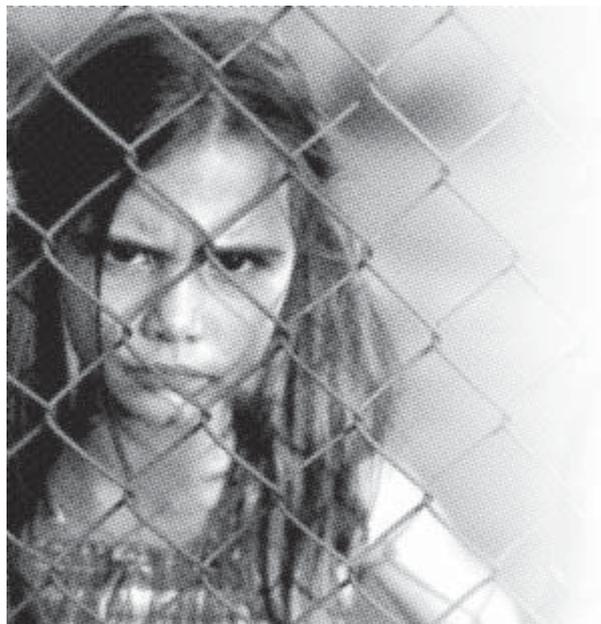
указывают на то, что биполярное расстройство возникает в результате взаимодействия факторов генетической предрасположенности и факторов внешней среды, к которым относятся стрессы и неблагоприятная семейная обстановка

- Лечение биполярного расстройства у детей и подростков требует комплексного подхода, включающего в себя ознакомление пациентов и членов их семей со спецификой данного заболевания, медикаментозную терапию и психотерапевтические вмешательства, направленные на ослабление и устранение симптомов заболевания и связанных с ним проблем социального взаимодействия.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

- расстройство настроения (mood disorder)
- дисфория (disphoria)
- ангедония (anhedonia)
- мания (mania)
- эйфория (euphoria)
- анаклитическая депрессия (analitic depression)
- большое депрессивное расстройство (MDD, major depressiol disorder)
- дистимическое расстройство (DD, dysthymic disorder)
- двойная депрессия (double disorder)
- депрессивный когнитивный стиль (депрессогенные когниции) (depressogenic cognetions)
- внутренняя, устойчивая и глобальная атрибуции (internal, stable, and global attributions)
- негативная когнитивная триада (negative cognitive trade)
- негативные когнитивные схемы (negative cognitive schemata)
- модель предрасположенности и стресса (diathesis-stress model of depression)
- регуляция эмоций
- биполярное расстройство I типа (bipolar I disorder)
- биполярное расстройство II типа (bipolar II disorder)
- циклотимическое расстройство (ciclothmic disorder)

Глава 9
УМСТВЕННАЯ
ОТСТАЛОСТЬ



ИНТЕЛЛЕКТ И УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

*Научную историю идиотии еще
нужно создавать; данные по ней
скудны, а исследования не очень
привлекательны.*
P. M. Duncan & W. Millard, 1866

Так сетовали авторы одной из первых профессиональных книг по теме умственной отсталости, или «идиотии», как она называлась почти полтора века назад. Термин «идиот» происходит от греческого слова, обозначающее частное лицо (Kanner, 1964). До середины XIX столетия дети и взрослые, которым сегодня поставили бы диагноз умственной отсталости, зачастую помещались вместе с людьми, страдающими психическими заболеваниями. Как правило, их игнорировали или боялись даже медики, потому что их отличия во внешности и в способностях были тогда очень мало исследованы.

Хотя страхи, возмущение и презрение вековой давности продолжают затмевать многие важные открытия, касающиеся интеллекта ниже нормального, в течение прошедшего столетия произошли монументальные достижения в сфере умственной отсталости: и в определении ее причин, и в предоставлении лечения. Лучшее понимание развития детей с умственной отсталостью, вкупе с исследованиями в генетике, психопатологии и в других областях, резко изменило лицо этой сферы. Оценить стремительное развитие знаний и методов лечения, равно как и понять предубеждения и невежество, которые нужно было преодолеть, можно посредством обзора того, как с течением времени менялись взгляды на это заболевание.



Следствием невежества являлась сегрегация подвергавшихся лечению детей с умственной отсталостью, что сейчас считается негуманным.

Первые упоминания о людях с интеллектуальными нарушениями были обнаружены у римлян, которые иногда держали «дураков» для развлечения домовладельцев и их гостей (Kanner, 1964). Эти люди находились на содержании у богатых, и с ними неплохо обращались. Но тем не менее всю последующую историю развития человечества, судя по дошедшим до нас фактам, абсолютное большинство людей с интеллектуальными и прочими нарушениями испытывали пренебрежение со стороны горожан, не получая никакой поддержки. Мартин Лютер, немецкий теолог, отец Реформации 1517 года, объяснял, как странная внешность и поведение ребенка (наиболее вероятно, ребенка с умственной отсталостью, но это заболевание еще не было известно в то время) связаны с одержимостью дьяволом:

Ему было двенадцать лет, он обладал зрением и всеми другими чувствами, так что кто-то со стороны мог посчитать его нормальным ребенком. Но он не делал ничего, кроме того, что ел за четверых крестьян или молотильщиков. Он ел, испражнялся и паясничал. Если кто-то пытался заняться им, он кричал. Если кто-то ему не нравилось, он плакал... Ибо в силах дьявола развращать людей, имевших рассудок и душу, когда он вселяется в них. Дьявол сидит в таких слабоумных на месте души их!

Господствующее неправильное понимание и лечение людей с умственной отсталостью начало изменяться к концу XVIII столетия, подпитываемое обнаружением одичавших или «диких» детей, таких как Виктор, «дикий мальчик из Авейрона» (описанный в главе 1), и распространением гуманистических усилий помочь другим угнетаемым или игнорируемым группам, таким как рабы, заключенные, душевнобольные и люди с физическими недостатками. К середине XIX столетия общее представление об умственной отсталости распространилось из Франции и Швейцарии на большую часть Европы и Северной Америки. Также в середине XIX века доктор Самуэль Дж. Хоу, убедив своих современников в том, что за воспитание и образование слабоумных нести ответственность должно общество, открыл первое гуманистическое учреждение в Северной Америке для людей с умственной отсталостью — Массачусетскую Школу для слабоумных детей и детей-идиотов.

К концу XIX столетия лечение людей с интеллектуальными нарушениями и специальные образовательные нужды перешли под ответственность государственных школ и учреждений. Однако первоначальный оптимизм в отношении лечения умственной отсталости увядал. С увеличением числа проходящих лечение стало ясно, что для многих людей нет

никакой надежды вернуться в свою семью или возвратиться в общество. На протяжении приблизительно двух десятилетий пациенты подобных учреждений считались пожизненными их обитателями, и обучение их элементарным профессиональным навыкам, таким как умение производить уборку или готовить пищу (что во многих случаях использовалось для нужд учреждения) заменило основное академическое обучение (Kuhlmann, 1940).

Заслугой родителей детей с умственной отсталостью можно считать создание подхода и способа действий, совершенно отличающихся от убеждений, распространенных в обществе и среди профессионалов. К 1940-м годам родители начали объединяться в группы и создавать местные центры диагностики и поддержки, чтобы увеличить доступность общественной помощи. Эти группы в 1950 году слились в Национальную Ассоциацию помощи детям с задержкой психического развития, которая быстро организовала научную палату, включающую в себя представителей любой специальности, которая могла хоть как-то помочь в исследовании, профилактике и лечении людей, страдающих умственной отсталостью (Kanner, 1964). Эти старания набрали силу, когда президент Джон Кеннеди, сестра которого страдала задержкой психического развития, сформировал Президентскую Комиссию по умственной отсталости в 1962 году и создал национальную программу для борьбы с умственной отсталостью.

К середине шестидесятых годов печальные условия существования пациентов государственных клиник для людей с умственной отсталостью были осуждены одновременно молодым нью-йоркским репортером по имени Джеральдо Ривера и сенатором Соединенных Штатов Робертом Кеннеди. Последующие споры вдохновили профессора Бартон Блатта (Burton Blatt) уговорить своего друга, нештатного фотографа Фреда Каплана (Fred Kaplan), сопроводить его в путешествие по задним палатам подобных учреждений. Привязав к запястью Каплана скрытый

фотоаппарат, они смогли получить снимки снимаемых ими картин. Их фотографии вынесли положение многих пациентов таких клиник на обсуждение общества. Управляющие приписали использование одиночного содержания и ограничения движений нехватке персонала: «Что мы можем поделать с теми пациентами, которые не согласны подчиняться? Мы вынуждены запирают их или связывать, или давать им седативные средства, или вселять в них страх» (Blatt & Kaplan, 1966). Благодаря этим разоблачениям осведомленность общества о грубых нарушениях условий лечения людей с умственной отсталостью достигла пика.

Сенсация евгеников

Теория эволюционной дегенерации, распространенная в XIX веке, объясняла интеллектуальные и социальные проблемы детей с умственной отсталостью регрессией к раннему периоду развития человечества (Bowler, 1889). На самом деле специалисты в сфере умственного недоразвития в XIX веке верили, что обнаружили «недостающее звено» между людьми и низшими видами (Gelb, 1995). J. Langdon H. Down, наиболее известный по клиническому описанию генетического синдрома, носящего его имя, интерпретировал «странные аномалии» в своей клинической выборке пациентов с умственной отсталостью, эволюционным регрессом к монголоидной расе (Down, 1866). Даун считал, что родители, принадлежащие к одной расовой группе, могут произвести на свет ребенка с умственной отсталостью, представляющего собой «ретрогрессию» к другой группе. Построенная на домыслах и ложных умозаключениях, теория эволюционной дегенерации и ее взгляды на неполноценность приобрели большую популярность в конце XIX столетия в качестве объяснения безумия, умственных недостатков и социальной девиации. Врезка 9.1 показывает, как эта распространенная теория использовалась для удобного объяснения нежелательных человеческих черт.

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 9.1 Дурная слава семьи Калликаков

Психолог Генри Годдарт, основавший одну из самых больших воспитательных школ для людей с умственной отсталостью в начале XX века, был также сторонником популярной теории дегенерации и движения евгеников. В своей книге «Семья Калликаков: изучение наследования слабоумия» (1912), Годдарт проследил две линии потомков солдата войны за независимость, Мартина Калликака. Калликаков (это имя Годдарт создал путем сочетания двух греческих слов: *калос*, что значит «приятный, привлекательный», и *какос*, что значит «плохой, порочный») стал отцом ребенка слабоумной буфетчицы во время войны, вставшего у истоков первой линии, а затем Мартин Калликаков дал жизнь другому ребенку, от «приличной девушки», на которой женился после войны.

Годдарт сообщает, что многие потомки по первой линии были слабоумными, делинквентными, бедными и подверженными алкоголизму, в то время как потомки по второй линии имели хорошую репутацию. Он считал, что эти выводы являются доказательствами наследования ума, хотя совершенно не обратил внимания на очевидное различие условий существования этих двух семей (Achenbach, 1982). Если более пристально взглянуть в опровержение (из предисловия к книге), то можно увидеть: «Это правда, что мы выдвигали несколько категоричные утверждения и делали выводы, которые кажутся недостаточно научно обоснованными».

К 1910 году большого влияния добилась евгеника. Она была впервые определена сэром Фрэнсисом Гальтоном (двоюродным братом Чарлза Дарвина) в 1883 году как «наука, которая имеет дело со всеми изменениями, улучшающими врожденные качества расы» (цитата по Kanner, 1964, стр. 128). Внимание общества и специалистов переместилось от нужд людей, страдающих умственной отсталостью, к обсуждению нужд общества; общество должно быть защищено от возможного вреда, наносимого присутствием в нем людей с умственными проблемами.

Лео Каннер (Leo Kanner), пионер в изучении аутизма и умственной отсталости, соответствующим образом описывает преобладающее отношение:

Ощущение, что общество оказалось в серьезной опасности, создало атмосферу нарастающей паники. Люди с умственным дефектом считались представляющими собой угрозу для цивилизации и тяжелую ношу для школы, неисправимыми дома, неразборчивыми в сексуальных отношениях, производящими слабоумное потомство, жертвами и причиной бедности, дегенерации, преступлений и болезней (Kanner, 1964).

В результате, людей с умственной отсталостью часто обвиняли в социальных невзгодах того времени, что является убедительным примером того, как ярлык, прикрепленный к проблеме, зачастую становится объяснением ее. Врезка 9.2 фактически представляет собой статью из *New York Times* от 1912 года, отражающую истинное отношение. Внешность,

недееспособность и поведение людей, страдающих умственной отсталостью, считались доказательством их моральной неустойчивости. Это убеждение привело к использованию диагностического термина «моральный имбецил», или «слабоумный», для описания и объяснения их отличий. Это представление превратилось в непосредственное объяснение актов девиантного поведения и оправдывало широкомасштабные попытки идентифицировать и контролировать подобных людей. Слабоумные, чьи умственные нарушения являлись наименьшими, считались угрозой обществу, поскольку, в отличие от безумцев, они могли с легкостью сойти за нормальных (Gelb, 1995). Люди с интеллектуальными нарушениями и другие «нежелательные лица» в очередной раз стали восприниматься как угроза для общества; их вновь боялись и подвергали остракизму.

Тем временем первые специалисты в психологии развития выдвинули предположение, что дети с 8 до 12 лет проходят через «стадию предков», и в эти годы возникает нравственное мышление. Как описывает это Стэнли Холл (G. Stanley Hall), выдающийся психолог, игравший важную роль в развитии психологии образования, дети в этом возрасте были «зрелыми варварами», которым требовались настоящие усилия социума, чтобы можно было с уверенностью сказать, что они прошли эту стадию и стали готовы к цивилизованной жизни (Gelb, 1995). Люди с различными нарушениями или с меньшим социальным статусом — особенно члены меньшинств, женщины, дети, а также те, чьи физические и умственные способности вызвали сомнение — стали считаться неспособными рассуждать или мыслить, что, конечно, обеспечило дальнейшие оправдывающие обстоятельства для ущемления их прав и воз-

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

слабоумные пополняют ряды преступников
доктор Генри Стоддард сообщает, что социальные проблемы
могут быть решены путем сегрегации их
не позволяйте им жениться
он считает, что такая политика со временем серьезно уменьшит
преступность, болезни и пьянство

Врезка 9.2

Взгляды на умственную отсталость начала XX века — газетное сообщение

Из армии слабоумных Соединенных Штатов, насчитывающей 300 000 человек, приходят рекруты, пополняющие ряды пьяниц, преступников, нищих и других изгоев социума. Двадцать пять процентов девочек и мальчиков в наших исправительных учреждениях умственно неполноценны и не способны видеть разницу между хорошим и плохим, или слишком слабохарактерны, чтобы поступать хорошо всякий раз, когда есть хоть малейшее побуждение совершить плохое. Шестьдесят пять процентов этих детей имели мать или отца, или же обоих, страдающих слабоумием. Наша страна так давно не предпринимала никаких попыток сегрегации подобных невменяемых людей, что число их непрерывно увеличивается...

За счет этой армии ширятся ряды преступников, нищих, пьяниц, людей-никогда-не-поступавших-хорошо и других, не приспособленных к общественной жизни. Их непригодность является первопричиной уверенности в том, что они в конце концов будут обременять общество в том или ином виде. Действительно, исследования показывают, что среди преступников, пьяниц и прочих, подобных им, действительно находится большой процент лиц, умственно неполноценных.

Источник: *New York Times*, 10 марта 1912.

возможностей продвигаться вперед. И в самом деле, по общему праву Англии, психически неполноценные, равно как и лица, не достигшие 18 лет, а также замужние женщины считались неспособными входить в юридическое соглашение.

Определение и измерение интеллекта и адаптивности детей

На рубеже столетий изыскательская работа двух французских педагогов, Альфреда Бине и Теофила Симона (Alfred Binet and Theophile Simon), привела к первым успехам в сфере интеллектуального функционирования детей.

Бине и Симон получили задание разработать способ выявления школьников, которым может потребоваться специальная помощь в обучении. Они взялись за выполнение этой монументальной задачи, разработав первые системы оценки умений рассуждать и мыслить, которые, как считали исследователи, являются основными процессами высшего мышления. В первых тестах ребенку давалось задание манипулировать незнакомыми предметами, такими как блоки или фигуры, решать головоломки и подбирать части знакомого объекта. Этот тест потом превратился в шкалу Стенфорд–Бине, которая остается одним из наиболее распространенных тестов интеллекта (Achenbach, 1982).

Начиная с этих первых оценок мыслительных способностей, **общий интеллект** теперь определяется коэффициентом интеллекта (IQ или его эквивалент), устанавливаемым путем оценки по одному или нескольким стандартизованным, подобранным под человека тестам интеллекта, таким как Векслеровские шкалы интеллекта — III (WISC-III), Стенфорд–Бине-IV и набор тестов для детей Кофмана. Эти тесты оценивают различные вербальные и визуально-пространственные навыки у детей, такие как знание окружающего мира, представление о сходстве и различии, математические понятия, которые, как предполагается, в своей совокупности составляют общую конструкцию, называемую интеллектом.

По принятым правилам, оценки тестов интеллекта (со средней величиной в 100, и стандартным отклонением в 15), извлекаются из стандартизованных таблиц, где указываются возраст испытуемого и число набранных им баллов (Neisser et al., 1996). Поскольку интеллект определяется в нормальном распределении, приблизительно 95% населения получают результаты, укладывающиеся в два стандартных отклонения от среднего (от 70 до 130). Соответственно, субнормальное интеллектуальное функционирование уровня, определяется IQ, равным 70 и ниже (приблизительно 2 стандартных отклонения ниже среднего).

Как мы будем говорить далее, в определение умственной отсталости входит не только субнормальное интеллектуальное функционирование, но также и субнормальный уровень адаптивного функционирования. Адаптивное функционирование показывает то, насколько эффективно люди справляются с требованиями повседневной жизни, и насколько они способны жить независимо и придерживаться общественных стандартов (Hodapp & Dukens, 1996). Двумя из множества доступных тестов, используемых для оценки адаптивных способностей у детей, являются шкалы Вайнленда (Vineland) и шкалы Адаптивного Поведения, которые направлены примерно на десять сфер адаптивных способностей. Заметьте, что некоторые дети и подростки могут научиться довольно хорошо адаптироваться к своему окружению, несмотря на то, что их коэффициент интеллекта по тестам ниже нормы, так что их нельзя причислять к людям, страдающим умственной отсталостью. В табл. 9.1 перечислены примеры из нескольких сфер, охватывающих адаптивное поведение.

Споры о коэффициенте интеллекта

Так как интеллект человека относительно стабилен, заманчиво было бы предположить, что он во многом является врожденным и постоянным. С другой стороны, если интеллектуальное и когнитивное развитие в значительной степени зависят от окружающей среды, возможно, когнитивный рост можно

Таблица 9.1

Примеры из сферы, по которым оценивается адаптивное поведение

Сфера	Примеры
Базовые навыки развития	Сенсорное развитие, моторное развитие
Коммуникация	Экспрессивная речь, рецептивная речь, навыки письма и чтения
Регулирование эмоций и саморегулирование	Умение справляться с ситуацией, поступление в новую школу или на новую работу, межличностные конфликты
Социальные и межличностные навыки	Базовые навыки общения, участие в группе, игровая деятельность и навыки
Навыки самообслуживания	Одевание, прием пищи, опрятность, личная гигиена и уход за собой
Потребительские навыки	Обращение с деньгами, счетом в банке, управление бюджетом, умение делать покупки
Бытовые навыки	Умение готовить, убирать дом, вести хозяйство, чинить и ремонтировать вещи, стирать и приводить в порядок свою одежду

Источник: Halpen, Lehmann, Irvin & Heiry, 1982.

стимулировать в раннем возрасте, и тем самым снизить степень умственной отсталости.

Поскольку интеллект измеряется с учетом возраста, IQ в основном остается стабильным и в детстве, и во взрослом возрасте (Canivez & Watkins, 1999). Исключением из этого общего правила является измерение IQ во младенчестве, поскольку тут еще возможны некоторые колебания. Для типично развивающихся детей IQ, определенный на первом году жизни, фактически не коррелирует с IQ в двенадцатилетнем возрасте (Vernon, 1979). Однако когда детям исполняется четыре года, корреляция с IQ, измеренному на 12 лет позже, высока ($r = 0,77$) (Neisser et al., 1996).

Тем не менее для младенцев и детей с задержкой развития или с умственной отсталостью картина является совершенно иной. При низких уровнях IQ (скажем, меньше 50) даже у младенцев наблюдается его стабильность во времени, с корреляцией между показателями в младенчестве и в детстве от 0,50 до 0,97 (Sattler, 1998). Исследователи также обнаружили сходный рисунок стабильности IQ у детей с легкой и умеренной задержкой умственного развития, с очень высокой корреляцией IQ (от 0,70 до 0,90) между тремя и восемью годами (Bernheimer & Keough, 1988). У людей с умственной отсталостью подобная стабильность обычно распространяется и на взрослый возраст (С. А. King, 1997).

Даже при том, что IQ младенцев и маленьких детей с задержкой когнитивного развития вряд ли изменится, соответствующая окружающая среда помогает детям раскрыть весь свой потенциал. С начала 1960 годов исследователи, занимающиеся развитием детей и умственной отсталостью у детей, разрабатывали программы ранней стимуляции, которые могут помочь детям с задержкой развития и невыгодными условиями окружающей среды, построенные на имеющихся силах детей. Несмотря на свою сильную генетическую компоненту, умственные способности всегда подвержены влиянию опыта. Вполне естественно, что младенчество и ранний детский возраст предоставляют наиболее удобную возможность для воздействия на умственные способности, благодаря тому, что мозг ребенка стремительно формируется, и благодаря реакции на стимуляцию окружающей среды (Landesman Ramey & Ramey, 1999).

Несмотря на важность генетического набора, IQ может меняться и меняется у некоторых людей на 10–20 единиц с детства до подросткового возраста (Simonoff, Bolton & Rutter, 1996). Исход может широко варьироваться в зависимости от возможности учиться и развиваться. Дети, живущие в здоровой обстановке, где попечители предоставляют им необходимый уровень стимуляции и помогают справляться со стрессом внешнего мира, имеют большую возможность раскрыть весь свой потенциал. Более того, тесты измеряют лишь ограниченный спектр интеллектуальных способностей и не могут учитывать уникальную для каждого человека историю наущения (Flynn, 1999).

Являются ли тесты на IQ необъективными или несправедливыми? Многие круги выразили озабо-

ченность относительно низкими средними показателями по тестам интеллекта у афро-американцев. Хотя исследования с использованием разных тестов и разных выборок дали ряд результатов, средние показатели афро-американцев обычно на 1 стандартное отклонение (около 15 единиц IQ) ниже, чем показатели белых американцев (Neisser et al., 1996). В статье «Насколько мы можем поднимать IQ и школьные достижения?», вызвавшей оживленную полемику, Артур Дженсен (Arthur Jensen, 1969) доказывал, что наследуемость IQ высока и среди белого, и среди черного населения (примерно 80%), и поэтому разница в средних показателях IQ между ними, возможно, была изначально генетически определена. Это заключение привело к критическому анализу программ обогащения окружающей среды, которые только начинали укрепляться в различных обществах. Многие ученые считали обнаружения и выводы Дженсена (которые при ретроспективном рассмотрении оказались незрелыми и основанными на неполных исследованиях) как результат недостатка знаний в лучшем случае, и как расизм — в худшем. Книга «Кривая нормального распределения» (Herrnstein & Murray, 1994) поддерживает пламя этой дискуссии в академических кругах и на общественной арене.

Несмотря на продолжающиеся споры, экономическое и социальное неравенство (а не необъективность теста или расовые различия) является наиболее простым объяснением существующих групповых различий в показателях теста между черными и белыми американцами (Slone, Durrheim, Lachman & Kaminer, 1998). Любой человек, вне зависимости от расовой принадлежности или уровня интеллекта, выигрывает от соответствующего воздействия окружающей среды, что оказывает значительное влияние на IQ (Landesman Ramey & Ramey, 1999). Однако больший процент афро-американцев и других этнических меньшинств, чем белых американцев, живет в бедности, а бедность связана с плохим питанием, неадекватной гигиеной беременности, меньшими интеллектуальными ресурсами и сходными фактами, которые могут негативно влиять на развивающиеся умственные способности ребенка (Neisser et al., 1996).

Тем не менее разница показателей IQ уменьшается. С 1980 года средний показатель афро-американцев не опускался ниже 90, и разница заключалась в однозначных числах. Некоторую часть подобных достижений можно отнести на счет множества введенных за два последних десятилетия программ, направленных на образование детей, принадлежащих к национальным меньшинствам (Neisser et al., 1996).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Отношение к умственной отсталости в ранней истории человечества отмечено невежественностью и порицанием.

- К середине XX столетия ускорилось продвижение к пониманию умственной отсталости, по мере того как родители, исследователи, политики и общество в целом искали лучшие объяснения ее причинам и способы помощи и детям, и взрослым, страдающим умственной отсталостью.
- Умственной отсталостью называется ограниченность как умственного развития, так и адаптивного поведения. Тем не менее многие люди с этим заболеванием способны к обучению и могут жить полной жизнью.
- Несмотря на свои недостатки, IQ стал основным стандартом для диагностики умственной отсталости в сочетании с другими навыками и способностями ребенка.

ЧЕРТЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Умственная отсталость относится, возможно, к наиболее широкому колебанию когнитивных и поведенческих способностей любого расстройства в детском возрасте. Некоторые дети неплохо себя чувствуют в школе и в обществе, в то время как другие, имеющие значительные физические или когнитивные нарушения, требуют постоянного контроля и поддержки. Ситуации с шестилетним Мэттью и восьмилетней Ванессой иллюстрируют некоторые из особенностей проблем, с которыми ежедневно сталкиваются дети, страдающие умственной отсталостью.

Мэттью: Продвигаясь в своем темпе

Мэттью было почти шесть лет, когда его направили на психологическое обследование. Краткая школьная характеристика описывала его как ребенка «с задержкой развития», и в школе были озабочены тем, что его речь и социальные навыки весьма ограничены. К тому же дома у него бывали вспышки раздражения, а его новый учитель в первом классе выражал беспокойство агрессивным поведением мальчика по отношению к одноклассникам.

Впервые я встретился с Мэттью у него дома. «Покажи мне какие-нибудь из твоих любимых игрушки или игр», — предложил я ему, не зная, насколько комфортно он чувствует себя с появлением незнакомца в доме. Мэттью был худеньким мальчиком с кудрявыми волосами, сдержанным и настороженным. Он разглядывал меня несколько минут, пока я разговаривал с его матерью и отцом. Хотя он сказал: «Хорошо», я не был уверен, что он именно это имел в виду — он не двигался и казался незаинтересованным моим предложением. Мэттью исполнилось шесть лет несколько месяцев назад, но я заметил, что его одежда, игры и словарный запас больше соответствовали таковому у моей трехлетней дочери.

«Я не хочу говорить о школьной ерунде! — воскликнул он довольно громко, когда я спросил, какие предметы нравятся ему больше других. — Мне нравятся только перемены и завтраки — только на них не разрешают идти до того, как прозвенит звонок!» В этом была некоторая доля правды и даже юмора, хотя я не думаю, что мальчик вкладывал его в свое высказывание...

Мэттью немного заинтересовался, когда я достал некоторые тестовые материалы. Он собрал легкую головоломку, предназначенную для детей от года до трех лет, и смог извлечь голоса животных из другой игрушки с секретом. Но его эмоциональный фон оставался приглушенным, с редкими спонтанными проявлениями смеха или радости. Он казался осторожным и осмотрительным. «Расскажи мне историю об этом, — сказал я Мэттью, держа в руках карточку, на которой были изображены животные, спорящие из-за мяча. — Как ты думаешь, что происходит на этой картинке и что эти звери, например: слон и зебра, думают и чувствуют?» Мэттью начал с ходу: «Он злится, потому что зебра схватила мяч и убежала с ним в лес. Вот все, что я вижу». Мои попытки извлечь больше деталей были встречены одним лишь пытливым взглядом.

После нескольких минут разговора мы сделали перерыв и достали его игрушки. «Вам нравятся «Звездные войны»?» — спросил он. Мы нашли общий язык на почве звездных сражений, и в этих «идеальных» условиях коммуникация Мэттью стала более простой и спонтанной. Он выражал широкую гамму эмоций во время беседы и вышел на удобный для себя уровень общения. Постепенно он разговорился, и мы завершили наше общение более спокойными играми.

В личной беседе мать Мэттью рассказала мне о его поведенческих проблемах в отношениях с другими детьми. По ее словам, он толкался, бил других, кидался предметами и требовал внимания. Я сам стал свидетелем небольшого эпизода, когда его трехлетняя сестра вошла в комнату: «Убирайся! Этот дядя здесь, чтобы играть со мной!» В целом Мэттью вел себя как более маленький ребенок — например, громко кричал или толкался, когда не мог сразу добиться своего. Когда мы встречались во второй раз в моем офисе, IQ Мэттью по WISC-III был оценен в 64 единицы, а его адаптивные способности, на основании данных матерью сведений, по Шкалам Адаптивного Поведения составляли 68 единиц. Однако несмотря на свою легкую умственную отсталость Мэттью за прошедший год в школе достиг некоторых успехов и довольно успешно развивался.

Ванесса: Развитие в домашних условиях

Ванесса — это восьмилетняя девочка с умеренной умственной отсталостью (IQ = 52) и огра-

ниченными коммуникативными навыками. К четырем годам ей был поставлен диагноз после медико-психологического обследования, проведенного с целью определить, почему она не произносит многие звуки речи и не приобретает базовые навыки самообслуживания. Мать Ванессы рассказала нам, что особые потребности ее дочери плохо удовлетворялись, пока она находилась в специальной школе для умственно отсталых, и как это привело их к решению воспитывать Ванессу дома, с помощью их общества.

«Когда наша семья переехала сюда в 1990 году, нам сказали, что мы можем получать \$55 в месяц, чтобы заботиться о ней дома, или же можем отправить ее в Центр детского обучения. У Ванессы определили умеренную умственную отсталость еще до четырехлетнего возраста, и мы знали, что не сумеем достаточно хорошо удовлетворять ее повседневные потребности с настолько ограниченной поддержкой. Так что мы приняли тяжелое решение поместить ее в центр обучения. Но даже при том, что Ванесса приезжала домой на каждые выходные, мы чувствовали, что в ее жизни чего-то не хватает; для ускорения ее развития требовалось что-то еще, кроме заботы и внимания персонала.

Спустя примерно два года положение вещей резко изменилось. Ванесса получила травму от другого воспитанника центра обучения, и мы решили, что ей следует вернуться домой раз и навсегда. Мы приложили все силы, чтобы отыскать службы в нашем обществе, которые помогли бы ее воспитанию и образованию. Теперь она посещает интегрированный класс в той же школе, что и ее брат, и ее учителя заметили стойкие улучшения в ее поведении и речи. Она принимает участие в программах отдыха и стала хорошим пловцом и игроком в баскетбол».

Мэттью поставили диагноз «легкая умственная отсталость». Имея задержки в развитии речи, он все же приобрел эффективные вербальные навыки и был способен посещать обычную школу. Установленные дружеских отношений с детьми в школе было иногда проблематичным, поскольку часто он долго не мог понять правила игр, и над его медлительностью смеялись.

У Ванессы обнаружили умеренную умственную отсталость. Она могла есть и одеваться самостоятельно, с минимальной помощью, разговаривала, используя короткие предложения, хотя ее речь не всегда была понятна людям вне ее семьи. Ванессе требовалась большая помощь в выполнении повседневных дел, но она также была способна посещать местную школу, занимаясь там неполный день. Как видно из этих случаев, особые потребности обоих детей иногда оставались в тени из-за экономических и образовательных трудностей, и требовалась творческая и координированная поддержка со стороны родителей, учителей и других специалистов.

Клиническое описание

Когда психиатр беседует со мной, перед ним лежат мои бумаги — и он уже знает, что у меня умственная отсталость. И это относится ко всем. Если тебя сочли умственно отсталым, тебе уже не удастся их разубедить. Они никогда не дадут тебе благоприятной рекомендации. (Так Эд описал свое собеседование при поступлении в государственное учреждение (Bogdan & Taylor, 1982).

У детей с умственной отсталостью способности и умение общаться с людьми могут очень различаться. При должной поддержке дети с легкими интеллектуальными нарушениями, как Мэттью, могут выполнять свои повседневные обязанности, почти как их сверстники.

Они могут посещать обычную школу, решать физические и интеллектуальные задачи и создавать осмысленные и продолжительные отношения со сверстниками и взрослыми. Физическое развитие многих из них протекает нормально, и они могут научиться кататься на велосипеде. Другим детям, имеющим, подобно Ванессе, более тяжелые нарушения, может требоваться большая помощь в повседневных делах и большая забота на протяжении всего детства и, возможно, периода взросления, до того времени, как у них сформируются навыки, необходимые для ведения самостоятельной жизни.

Однако как Мэттью, так и Ванесса испытывали некоторые затруднения во многих областях повседневной жизни. Наиболее очевидные их трудности были связаны с обучением правильной коммуникации из-за ограниченных речевых навыков. Хотя Мэттью в конце концов научился эффективной вербальной коммуникации, Ванесса в течение нескольких лет была вынуждена прибегать к объяснениям с помощью жестов и прочим невербальным знакам для выражения своих потребностей. У обоих детей возникали проблемы с установлением дружеских отношений с другими детьми вследствие их ограниченной способности понимания того, что выражают другие дети, особенно во время игр и социальной деятельности, для которых требуются выносливость и соблюдение формальных правил.

Так как умственная отсталость воздействует на многие когнитивные способности, например: речевые и решения проблем, у большинства детей возникают трудности с некоторыми аспектами научения. Степень трудностей зависит от степени когнитивного нарушения, что является основной причиной подчеркивания этого аспекта современными определениями умственной отсталости.

Таблица 9.2 суммирует диагностические критерии DSM-IV-TR для умственной отсталости. Эти критерии состоят из трех стержневых черт, описывающих это расстройство у детей и взрослых. Во-

первых, для таких людей характерно «интеллектуальное функционирование значительно ниже нормы», что определяется посредством формального тестирования на интеллект или клинической оценки (в случае, если испытуемый — младенец или субъект, не подлежащий тестированию). Соответственно первому критерию, коэффициент интеллекта у такого человека должен быть менее или равен 70, то есть должен быть меньше двух стандартных отклонений от среднего показателя IQ, равного 100. Под этот критерий подпадает примерно 2–3% населения.

Вторым критерием диагностики умственной отсталости являются «параллельные нарушения адаптивного функционирования или его дефицит», что относится к способности осуществлять повседневную деятельность. По существу, показатель IQ, равный или меньший 70, не является достаточным для установления диагноза умственной отсталости; у человека должны еще наблюдаться значительные нарушения, по крайней мере, в двух сферах адаптивного поведения, таких как коммуникация, самообслуживание, социальные/межличностные навыки или функциональное умение учиться или работать. Эта сторона определения важна, поскольку она исключает тех людей, которые способны нормально функционировать в своем окружении, хотя по различным причинам имеют низкие показатели по тестам IQ. Важно заметить: то, что ребенок или подросток проявляет или не проявляет эти разнообразные адаптивные навыки, зависит не только от его способностей, но также от опыта и возможностей (I. M. Evans, 1991). Пользование общественным транспортом, прогулки в магазин, расположенный по соседству и даже совершение простых покупок может зависеть от места проживания человека (город или деревня например), безопасности его района и так далее. Клиницисты и педагоги должны задавать обдуманные вопросы относительно возможностей человека выполнить определенную задачу в случае, если у него нет никакого опыта использования отдельного навыка, указанного в тесте.

Последним критерием умственной отсталости является условие, что две характерные черты, указанные выше, — интеллектуальные и адаптивные способности ниже среднего уровня — должны проявиться до восемнадцатилетнего возраста. Установ-

ление такого верхнего предела возраста проявления имеет две причины. Во-первых, признано, что умственная отсталость является нарушением развития, которое становится очевидным в детстве или в подростковом возрасте. Как правило, трудности с обучением и пониманием возникают во время стремительного развития мозга. Во-вторых, этот возрастной критерий исключает людей, у которых психические недостатки могут быть вызваны дегенеративными расстройствами, возникающими в зрелом возрасте, такими как болезнь Альцгеймера, или же черепно-мозговой травмой.

Определение умственной отсталости все еще остается довольно нечетким, по большей части, из-за того, что оно основано скорее на статистической концепции — показателях IQ — нежели на качествах человека, предположительно страдающего умственной отсталостью (С. А. King, 1997). Люди, имеющие более тяжелые когнитивные нарушения, с большей вероятностью получают правильный диагноз; однако множество людей с диагнозом «умственная отсталость» имеют легкие нарушения, а последствия определения у кого-либо умственной отсталости могут быть очень серьезны. Как было верно замечено Эдом, с большой осторожностью должна быть проведена граница между определением особых потребностей людей с интеллектуальными расстройствами и прикреплением к ним ярлыка умственно отсталых на основании довольно относительных критериев (MacDonald & MacIntyre, 1999).

К тому же определение и идентификация умственной отсталости в некоторой степени зависят от наших социальных институтов. Вхождение в школьную систему становится основной точкой, на которой сравниваются способности детей и наиболее вероятно выявление недостатков. Если ребенок помещен в неподходящую для него среду обучения, его развитие может быть нарушено. В течение школьных лет люди с умственной отсталостью зачастую снова смешиваются с основной частью населения, и их «диагноз» уже не имеет большого значения для обучения любого рода (Hodapp & Dykens, 1996).

Степени нарушения

Степень ограничения дееспособности у детей с умственной отсталостью широко варьируется. У не-

Таблица 9.2 Основные диагностические критерии умственной отсталости по DSM-IV-TR

- А.** Интеллектуальное функционирование значительно ниже нормы: менее или равно 70 по индивидуально назначенным тестам на IQ (для младенцев используется клиническая оценка интеллектуального функционирования значительно ниже нормы).
- В.** Параллельные нарушения адаптивного функционирования или его дефицит (т. е. эффективность соответствия человека стандартам для его возраста и его культурной группы), по крайней мере, в двух из следующих сфер: коммуникация, самообслуживание, семейная жизнь, социальные/межличностные навыки, использование ресурсов общества, управление собой, функциональное умение учиться, работа, досуг, здоровье и безопасность.
- С.** Расстройство возникает до 18 лет.

Источник: DSM-IV-TR copyright © 2000 by APA.

которых с младенчества наблюдаются когнитивные нарушения, такие как ограниченное использование речи, плохое управление собой. Умственная отсталость других может проходить относительно незамеченной вплоть до завершения начальной школы. Учитывая широту колебаний когнитивного функционирования и его нарушений, системы классификации умственной отсталости всегда пытались тем или иным образом описать различные степени интеллектуального нарушения. DSM-IV-TR по традиции разделяет степени отсталости на легкую, умеренную, тяжелую и глубокую, основываясь в первую очередь на показателях IQ. AAMR, напротив, выстроило свое описание степеней умственной отсталости, выбрав в качестве базы для классификации скорее уровни требуемой для человека помощи или поддержки, нежели его IQ.

Согласно определению DSM-IV-TR (APA, 2000), люди, страдающие **легкой умственной отсталостью** (уровень IQ от 50–55 до 70), составляют наиболее обширную группу, оцениваемую примерно в 85% от общего количества людей с этим расстройством (APA, 2000). У детей с легкой умственной отсталостью обычно наблюдаются небольшие задержки в развитии в дошкольном возрасте, но, как правило, их расстройство остается незамеченным до начальной школы, когда начинают возникать проблемы с успеваемостью или поведением. Эту категорию в основном составляют члены меньшинств.

В большинстве своем дети с легкой умственной отсталостью, как правило, формируют социальные и коммуникативные навыки в дошкольном возрасте (до 5 лет), возможно, с небольшой задержкой развития экспрессивной речи. Обычно сенсорные нарушения у них отсутствуют или являются минимальными. Такие дети охотно общаются со сверстниками. Однако некоторые, подобно Мэттью, могут находить, что школа и отношения с одноклассниками требуют напряжения. К концу подросткового возраста эти дети могут овладеть знаниями, приблизительно соответствующими программе шестого класса. В зрелом возрасте они обычно приобретают социальные и профессиональные навыки, достаточные для минимальной самостоятельности, но им может требоваться руководство, поддержка и помощь, особенно в условиях социального или экономического стресса. С соответствующей помощью люди, страдающие легкой умственной отсталостью, обычно могут успешно жить в обществе, независимо или же находясь под руководством.

Люди с **умеренной умственной отсталостью** (уровень IQ от 35–40 до 50–55) составляют около 10% страдающих умственной отсталостью. Они имеют большие интеллектуальные и адаптивные нарушения, чем люди с легкой умственной отсталостью, и обычно их расстройство обнаруживается в дошкольном возрасте в результате задержек в прохождении первых этапов развития. Ко времени зачисления в школу они могут общаться посредством одиночных слов и жестов, их умение обслуживать себя и моторные навыки, в среднем, соответствуют такому у нормальных детей 2–3 лет. Многие люди,

страдающие синдромом Дауна, функционируют на умеренном уровне умственной отсталости. Одни из них в повседневной жизни могут нуждаться лишь в некоторой поддержке, другим же может потребоваться помощь в течение всей жизни.

Как Ванесса, большинство людей, находящихся на этом уровне умственной отсталости, в течение первых лет своего развития приобретают лишь ограниченные коммуникативные навыки, но к двенадцати годам могут использовать уже сложившиеся коммуникативные навыки. Они получают пользу от практической подготовки и, находясь под умеренным руководством, могут сами заботиться о себе. Они могут также извлекать некоторую пользу от обучения социальным и профессиональным навыкам, но редко продвигаются в теоретических знаниях дальше уровня второго класса. У подростков с умеренной умственной отсталостью зачастую возникают трудности с распознаванием социальных правил, связанных, например, с одеждой и юмором, что сказывается на взаимоотношениях со сверстниками. К зрелому возрасту большинство людей с умеренной умственной отсталостью адаптируются настолько, что способны жить в обществе и выполнять неквалифицированную или полуквалифицированную работу в условиях мастерских-приютов (специализированных производственных структур, обучающих людей с умственной отсталостью и обеспечивающих руководство ими) или на обычных рабочих местах.

Люди, имеющие **тяжелую умственную отсталость** (уровень IQ от 20–25 до 35–40), составляют приблизительно 3–4% от общего числа страдающих умственной отсталостью. Большинство подобных людей имеют, по крайней мере, одну органическую причину отсталости, например генетические дефекты, и получают диагноз в очень раннем возрасте вследствие значительной задержки развития и явных физических особенностей или аномалий. Этапы развития, такие как приобретение умения стоять, ходить и приучение к горшку проходятся ими значительно позже, чем того требует нормальное развитие. Элементарные навыки ухода за собой обычно приобретаются лишь в возрасте девяти лет (Редакционная коллегия, 1996). Кроме интеллектуальных нарушений у таких людей могут быть проблемы с физической подвижностью или иные проблемы, связанные со здоровьем: респираторные, сердечные или физические осложнения.

Большинству людей, функционирующих на тяжелом уровне умственной отсталости, требуется некоторая специальная помощь в течение всей жизни. В раннем детстве коммуникативная речь у них незначительна или вовсе отсутствует; к 12 годам они могут использовать предложения из двух-трех слов. В возрасте от 13 до 15 лет их академические и адаптивные способности достигают уровня таковых у 4–6-летних нормальных детей. До некоторой степени им может быть полезно обучение предметам начальной школы, таким как алфавит и простой счет. Они также могут научиться распознавать некоторые надписи, связанные с выживанием, например: горя-

чо, опасность, стоп. В зрелом возрасте они могут быть способны выполнять простые задания в условиях тщательного руководства.

Большинство таких людей достаточно хорошо адаптируются к жизни в обществе, в общинах или в своих семьях, если у них не обнаруживаются дополнительные нарушения, требующие специализированной медицинской или иной помощи (С. А. King, 1997).

Люди с глубокой умственной отсталостью (уровень IQ ниже 20–25) составляют приблизительно 1–2% страдающих умственной отсталостью. Они обычно получают диагноз в младенчестве вследствие значительной задержки развития и биологических аномалий, таких как асимметричные черты лица (Редакционная коллегия, 1996). В раннем детстве у них наблюдаются значительные нарушения сенсомоторного функционирования; к четырем годам, например, их ответная реакция похожа на ответную реакцию годовалого ребенка. Они способны освоить лишь рудиментарные коммуникативные навыки, и для обучения их еде, уходу за собой, пользованию туалетом и одеванию требуется интенсивная тренировка.

Людам с глубокой умственной отсталостью требуются пожизненные помощь и поддержка. Практически у каждого из них имеются органические причины отсталости, и у многих обнаруживаются сопутствующие заболевания, такие как эпилепсия или врожденный порок сердца, что иногда приводит к смерти в детстве или юности. Большинство подобных людей живет в общинах под наблюдением, или же в небольших специализированных учреждениях. Оптимальное для них развитие может проходить в обстановке с высокой степенью структуризации, с постоянной помощью и под наблюдением, а также при индивидуально сложившихся отношениях с опекуном. Моторное развитие, навыки ухода за собой и коммуникативные навыки могут улучшиться при обеспечении соответствующего обучения. Например, более половины людей с глубокой умственной отсталостью могут выполнять простые задачи, например мыть руки и переодеваться, в том

случае, если над ними осуществляется пристальный контроль (Редакционная коллегия, 1996).

Уровни требуемой поддержки

Категории DSM-IV-TR подвергались критике как потенциально клеймящие и ограничивающие человека, поскольку они делают акцент на степени нарушения умственного развития. Эта критика и послужила толчком для AAMR переместить фокус внимания на уровни требуемых помощи и поддержки (Luckasson et al., 1992). Вместо традиционного разделения по степеням нарушения умственного развития, основанного на IQ, AAMR классифицирует людей с умственной отсталостью, учитывая уровень их потребности в помощи: периодическая, ограниченная, обширная, глубокая (Luckasson et al., 1992). В табл. 9.3 приведены эти категории AAMR. Хотя существует некоторое сходство между этими уровнями требуемой поддержки и уровнями нарушений по DSM-IV, основное различие заключается в том, что AAMR делает акцент на *взаимотношениях* между человеком и окружающей средой в определении его уровня функционирования. Описываемая таким образом умственная отсталость определяется не столько дееспособностью человека самого по себе (как по DSM-IV), сколько уровнем помощи, требующейся для адаптивного функционирования человека в обществе (Hodapp & Dukens, 1996).

Подход AAMR выявляет области поддержки, требующейся для ребенка, которые могут быть переведены в специфические цели обучения. Вместо диагноза «умеренная умственная отсталость» Ванесса могла получить следующий диагноз по AAMR: «Ванесса является ребенком с умственной отсталостью, которому требуется ограниченная помощь в семейной жизни, приобретении академических навыков и формировании навыков самообслуживания». Диагноз Мэттью мог бы звучать так: «Мэттью — это ребенок с умственной отсталостью, которому требуется помощь по мере надобности, особенно во время стресса или в ситуациях, предъявляющих высокие требования, — например: при переходе в другую школу, при установлении новых дружеских отноше-

Таблица 9.3

Американская Ассоциация по борьбе с умственной отсталостью (AAMR): Определения уровней требуемой поддержки

Периодическая:

Помощь «по мере надобности», например при потере человеком работы или при пребывании его в кризисном состоянии.

Ограниченная:

Более последовательная поддержка, например ограниченный во времени профессиональный тренинг или помощь во время перехода от учебы к профессиональной деятельности.

Обширная:

Поддержка, характеризующаяся регулярным (ежедневным) вмешательством, по крайней мере, в какую-то область деятельности человека, например в рабочую или семейную. Во времени не ограничена.

Глубокая:

Постоянная и высокоинтенсивная помощь, обеспечиваемая с нескольких сторон и, возможно, продолжающаяся пожизненно.

Источник: Luckasson et al., 1992.

ний и при столкновении с новыми учебными задачами». Как и степени нарушения по DSM-IV-TR, уровни требуемой поддержки по AAMR имеют ценность для описания людей с умственной отсталостью, хотя эта система так же сталкивается с проблемой преодоления неблагоприятного воздействия навешивания на человека определенного ярлыка.

Распространенность

По имеющимся фактам и оценкам, общее число детей и взрослых с умственной отсталостью, вероятнее всего, составляет от 1 до 3% общего населения (Szymanski & King, 1999). Вспомните, что число людей, которым ставится диагноз «умственная отсталость», зависит от параметров нижней границы нормы IQ и адаптивного поведения. Даже при установленном критерии IQ, равном 70 и меньше, число людей, страдающих умственной отсталостью, остается спорным, поскольку каждый человек демонстрирует свои когнитивные способности особыми способами, которые могут быть более или менее адаптивны в его собственном окружении.

На настоящий момент считается, что умственной отсталостью страдают больше мужчины, чем женщины (С. А. King, 1997; С. С. Murphy, Yeargin-Allsopp, Decoufle & Drews, 1995). Однако, подобно различиям между расовыми группами, половые различия могут быть обусловлены определениями заболевания и направления на обследование. Мальчики чаще, чем девочки, направляются на психометрическое тестирование (обычно в связи с поведенческими проблемами) и несколько чаще, чем девочки, не проходят тесты адаптивного функционирования (Richardson, Katz & Koller, 1986). Более того, исследователи, проводившие тесты на IQ в группах, состоящих из детей, *не направлявшихся* на обследование, не обнаружили различий между мальчиками и девочками в рамках легкой умственной отсталости (Reschly & Jipson, 1976; Richardson et al., 1986). Исследователи предполагают, что если мужчины действительно чаще страдают умственной отсталостью, то это может быть следствием генетических заболеваний, связанных с X-хромосомой, таких как синдром хрупкой X-хромосомы (рассматриваемый в этой главе), который более явно воздействует на мужчин, чем на женщин (E. Anderson, 1994).

Установленным фактом является то, что умственная отсталость более распространена среди детей низкого социально-экономического статуса и среди детей, принадлежащих к национальным меньшинствам. Это касается в основном детей с легкой умственной отсталостью; более тяжелые степени умственной отсталости распространены практически равно в различных расовых и экономических группах. Вне зависимости от наличия признаков органической этиологии, число диагнозов «легкая умственная отсталость» резко возрастает от практически нулевого у детей с высшим социально-экономическим статусом до составляющего 2,5% в низшей социально-экономической категории (Birch, Richardson, Baird, Horgobin & Illsley, 1970). Эти цифры указыва-

ют, что фактор социально-экономического статуса предположительно может играть роль и в возникновении умственной отсталости, и в выявлении людей с умственной отсталостью, и прикреплении к ним соответствующего ярлыка (С. А. King, 1997).

Преобладание в группе с легкой умственной отсталостью детей, принадлежащих к национальным меньшинствам, и детей низкого социально-экономического статуса является сложным и до сих пор неразрешенным вопросом (Artiles & Trent, 1994). По результатам многих исследований, средний уровень IQ у афро-американского населения ниже, чем таковой у белого населения. Вследствие этого в группе с легкой умственной отсталостью попадает большее число афро-американских детей (MacMillan, Gresham & Siperstein, 1993). Какие специфические обстоятельства окружающей среды могут вызвать подобный дисбаланс показателей IQ? Чтобы ответить на этот вопрос, Брукс-Ганн, Клебанов и Дункан (Brooks-Gunn, Klebanov and Duncan, 1996) проверили теорию, состоящую в том, что подобные различия могут быть объяснены неблагоприятными социальными и экономическими условиями. Они объясняли первоначальную разницу IQ у афро-американцев и белых американцев, составляющую более 17 единиц, независимым влиянием экономических лишений, бытовыми условиями и материнскими качествами.

Как показано на рис. 9.1, Брукс-Ганн с коллегами (1996) обнаружили, что первоначальная разница IQ у афро-американцев и белых американцев в пятилетнем возрасте составляла почти 18 единиц, причем при составлении выборки во внимание принимались пол детей, вес при рождении и продолжительность беременности. Однако эти различия практически полностью стерлись, когда была учтена разница в экономическом положении и в бытовых условиях. Примечательно, что различия в образовании матери, ее возрасте и вербальных способностях практически ничего не добавили к объяснению этнических различий, после того как было принято во внимание влияние бедности.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Критерии умственной отсталости по DSM-IV-TR таковы: интеллектуальное функционирование значительно ниже нормы (IQ менее или равно 70), нарушения адаптивного функционирования или его дефицит, возникновение расстройства до 18 лет.
- Степень ограничения дееспособности у детей с умственной отсталостью широко варьируется.
- DSM-IV-TR описывает уровень функционирования человека в терминах степеней нарушения — легкой степени, умеренной, тяжелой и глубокой — основываясь на показателях IQ.

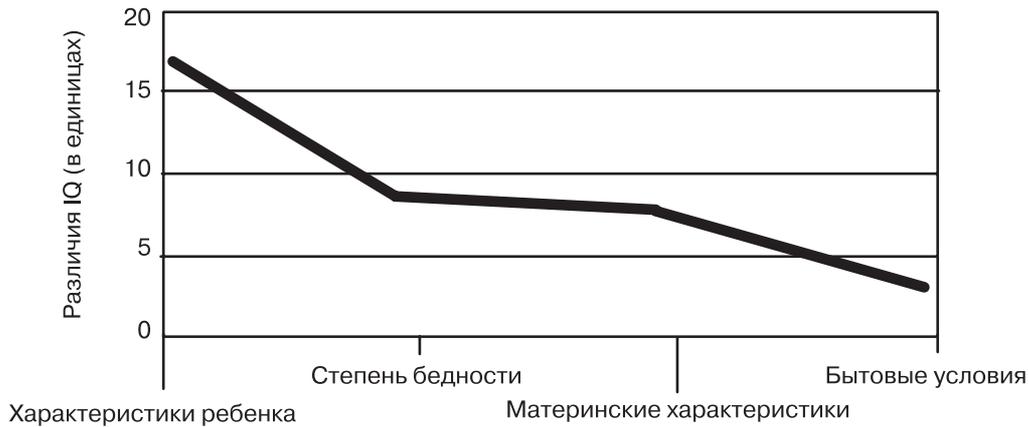


Рис. 9.1. Объяснение различий IQ между белыми и афро-американскими детьми (адаптировано из Brooks-Gunn et al., 1996).

- Американская Ассоциация по борьбе с умственной отсталостью (AAMR) описывает уровень функционирования человека в терминах уровней требуемой помощи или поддержки, не ориентируясь на IQ. Уровни AAMR таковы: периодическая, ограниченная, обширная, глубокая помощь.

- Умственной отсталостью страдает приблизительно 1–3% населения, причем у мужчин она встречается чаще, чем у женщин.

- Умственной отсталостью чаще страдают дети, принадлежащие к низшим социоэкономическим группам и к расовым меньшинствам. Эти факты зачастую объясняются неблагоприятными экономическими условиями и дискриминацией

ВОЗРАСТНОЕ РАЗВИТИЕ И РЕЗУЛЬТАТ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

Чтобы оценить способ и степень прохождения детьми с умственной отсталостью различных этапов развития, рассмотрим вкратце, как обычно самовыражаются нормально развивающиеся дети. Младенец исследует мир, полагаясь на примитивные сенсорные функции, такие как прикосновение к объектам, опробование их на вкус, манипулирование ими, для приобретения сведений об окружающей среде. На этой стадии развития ново все, и мозг ежедневно регистрирует буквально миллионы новых связей.

Затем, между 18 и 24 месяцами, дети начинают осваивать язык и вызывать у себя воспоминания прошлого опыта, которые помогают понимать настоящее. Известно, что для интеллектуально нормальных детей условия окружающей среды и спектр предоставляемых им возможностей на этой стадии играют решающую роль в воспитании желания

учиться и в овладении основами интеллектуальных тонкостей. Хотя большинство детей, страдающих умственной отсталостью, проходит каждый этап развития приблизительно так же, как и нормальные дети, явными являются различия в том, в каком возрасте они подходят к концу каждой стадии.

Дэн, пятнадцатилетний мальчик с синдромом Дауна, описывает, как было похоже его раннее развитие на развитие его младшего брата, хотя являлось сильно замедленным.

Дэн: С помощью брата

Когда мне было почти три года, а сестре — пять, у нас появился маленький братик. Я помогал кормить его и заботился о нем, пока ему не стало почти три года. Тогда мне было пять, и я мог делать почти все то, что мог делать и он, к тому времени он достиг моего уровня. У меня все еще получалось кое-что из того, что он не умел делать, но таких вещей было немного. У него получалось кое-что, с чем у меня были проблемы. Мы стали хорошими друзьями. Каждый раз, когда он учился чему-то новому, либо я учился вместе с ним, либо он потом обучал меня. Я был маленьким для своего возраста, так что мы почти совпадали в размерах. Мы спали на одной двухъярусной кровати, у нас были общие игрушки и общая одежда. Мы вместе научились делать множество вещей. Когда он научился кататься на велосипеде, а я еще не был готов этому научиться, мама и папа купили мне трехколесный велосипед с электрическим приводом, и я мог ездить на нем. Когда мой брат научился читать, он научил и меня. Когда он играл в бейсбол и футбол, он брал меня с собой.

В те дни я, кроме того, пошел в школу в другом районе, так что большинство моих друзей оказались и его друзьями. Теперь, когда мы хо-

дим в одну и ту же школу, он иногда забывает, что у меня есть и свои друзья. Мне приходится напоминать ему, что я — его старший брат. Его иногда дразнят в школе, потому что он мой брат, но он старается объяснять им, а не драться. Но в основном дети приветливы с нами.

Дэн, страдающий умеренной умственной отсталостью, описывает, как его младший брат Брайан, с нормальным интеллектом, догнал его в развитии к своим двум годам и проходил через этапы развития в более быстром темпе. Проходило ли развитие Дэна в той же последовательности, что и развитие его брата? Всегда ли у него будут наблюдаться специфические недостатки в интеллектуальных способностях, например в речевых, или же со временем он сравняется с другими детьми? Этот случай иллюстрирует полемику сторонников теории развития и сторонников теории различий (В. Weiss, Weisz & Bromfield, 1986), которая некоторое время занимала умы многих исследователей в сфере детского развития и умственной отсталости. Вкратце суть **полемики сторонников теории развития и сторонников теории различий** состоит в следующем: все ли дети — независимо от интеллектуальных нарушений — проходят одинаковые стадии развития в той же последовательности, но с разной скоростью? Или же развитие детей с умственной отсталостью протекает другим, менее последовательным и менее организованным образом?

Позиция сторонников **теории развития** (относящаяся в основном к людям, не имеющим органических нарушений) заключается в двух основных гипотезах. Во-первых, *гипотеза сходной последовательности* доказывает, что все дети, с умственной отсталостью или без нее, проходят стадии когнитивного развития в одинаковом (постоянном) порядке; различаются лишь их темп и верхний предел развития (Hodapp & Zigler, 1995). Во-вторых, *гипотеза сходной структуры* предполагает, что дети, страдающие умственной отсталостью, демонстрируют то же поведение и лежащие в его основе процессы, что и нормально развивающиеся дети, находящиеся на их уровне когнитивного функционирования (например, как Дэн и его младший брат, которым было, соответственно, 5 лет и 2 года). Это значит, что если умственный возраст детей, страдающих умственной отсталостью, совпадает с умственным возрастом детей, не имеющих задержки умственного развития, то они будут сходным образом выполнять когнитивные задачи, такие как решение проблем, чтение и нравственное мышление. Позиция сторонников теории развития отвергает понятие о специфических недостатках или особых различиях между детьми с умственной отсталостью, и придает значение тому, насколько медленнее проходят эти стадии и насколько меньшего верхнего предела достигают такие дети (Hodapp & Zigler, 1995).

Напротив, сторонники **теории различий** доказывают, что когнитивное развитие детей с умственной отсталостью отличается от такового у нормальных

детей по большему числу аспектов, чем только различия в темпе и верхнем пределе развития. Согласно их позиции, даже тогда, когда умственный возраст Дэна совпадал с умственным возрастом младшего брата, мышление и стратегии решения проблем у него качественно отличались, и, возможно, Дэн никогда не будет способен выполнять некоторые задачи сверх определенного уровня.

Хотя этот вопрос еще не решен окончательно, существует достаточно свидетельств в пользу теории развития для детей с *семейным*, в противоположность *органическому*, типом умственной отсталости (оба типа будут рассматриваться в разделе, посвященном причинам умственной отсталости). А именно, дети с семейной умственной отсталостью в целом проходят стадии развития в постоянной последовательности, той же, что и у детей без задержки развития (Hodapp & Zigler, 1995; Weiss et al., 1986).

Исключениями являются некоторые дети с аномалиями мозга и дети с аутизмом (Hodapp & Zigler, 1995). Также для детей с семейной умственной отсталостью, с некоторыми исключениями, подтвердилась гипотеза сходной структуры. У этих детей наблюдается небольшой дефицит памяти и обработки информации по сравнению с нормальными детьми их умственного возраста (Weiss et al., 1986), но этот дефицит может быть объяснен трудностями с сохранением мотивации, необходимой для выполнения шаблонных, скучных задач (Weisz, 1999).

Картина для детей с умственной отсталостью, имеющей органическую основу, более проста: у них всегда есть, по крайней мере, одна область специфических недостатков, и по этой причине их показатели хуже, чем у детей без задержки умственного развития, совпадающих с ними по умственному возрасту. Таким образом, Дэн, очевидно, будет иметь иные показатели в определенных областях развития, например в экспрессивной речи. Но, вероятно, он пройдет стадии развития в той же последовательности, что и его младший брат, хотя и в менее быстром темпе.

Мотивация

Многие дети, имеющие легкую умственную отсталость, достаточно смыслены, чтобы учиться в обычных школах, хотя они более подвержены чувству беспомощности и разочарования, что дополнительно усложняет их социальное и когнитивное развитие. В результате они начинают ожидать неудачи даже при выполнении тех задач, с которыми могут справиться; при отсутствии надлежащего обучения их мотивация выполнять новые требования понижается (Hodapp & Zigler, 1995). Эд, вспоминая замечания своей учительницы в начальной школе, хорошо описывает это явление:

Ее негативное восприятие меня тревожит меня, как нарыв. Такова проблема людей вроде меня — школьники и учителя обнаруживают, что у нас есть проблемы, замечают их и отвергают

нас. Так, одна учительница была очень раздосадована тем, что я нахожусь в ее классе. Она была вынуждена терпеть меня (Bogdan & Taylor, 1982).

Следовательно, по сравнению с нормально развивающимися детьми одного с ними умственного возраста, дети с умственной отсталостью ожидают меньшего успеха, ставят для себя низкие цели и довольствуются минимальным успехом, когда могут достичь большего (Weisz, 1999). Взрослые непреднамеренно могут потворствовать этой приобретенной беспомощности. Когда, например, ребенок считается «отстающим», взрослые менее склонны настаивать на его упорстве в достижении цели, чем если бы он был нормальным ребенком на том же уровне когнитивного развития. Это явление объясняет некоторые из проявляющихся недостатков, обнаруживаемых в деятельности детей с умственной отсталостью по мере их роста. Особенно это касается задач, для которых требуются навыки обработки вербальной информации, например: чтения, письма и решения проблем (В. Weiss et al., 1986).

Многие сведения о других вопросах, касающихся возрастного развития и результата в зрелом возрасте для детей с умственной отсталостью, получены из исследований детей с синдромом Дауна. Эти дети вместе со своими родителями часто принимали участие в исследованиях, посвященных сравнению их развития с развитием нормальных детей.

Изменения в развитии

Умственная отсталость не всегда является заболеванием на всю жизнь. Хотя она — относительно стабильное состояние в течение детства и зрелого возраста, показатель IQ любого человека может повышаться или понижаться в зависимости от уровня нарушений и типа отсталости. Дети, страдающие легкой умственной отсталостью, как Мэттью, могут при надлежащем обучении и возможностях сформировать хорошие адаптивные навыки в других областях, и их уровень нарушений станет недостаточным для диагноза «умственная отсталость» (APA, 2000).



«Осознавайте отличия наших детей, но уважайте их уникальность», — родитель ребенка с синдромом Дауна.

Основная причина умственной отсталости ребенка, безусловно, влияет на степень, в которой могут меняться его IQ и адаптивные способности. Дети с синдромом Дауна в целом не являющиеся типичным примером протекания умственной отсталости, могут достичь успехов в среднем школьном возрасте, а затем, со временем, их IQ может снижаться. Например, от года до шести лет дети с синдромом Дауна зачастую демонстрируют значительные возрастные успехи в адаптивном функционировании, но по мере взросления их темп развития выравнивается или даже замедляется. Когда они становятся старше, в социальном развитии их так же наблюдается замедление темпа (F. R. Brown, Greer, Aylward & Hunt, 1990). Это наблюдение получило название *гипотезы замедления и стабильности* (Gibson, 1966; Hodapp & Dykens, 1996), которая утверждает, что у детей с синдромом Дауна периоды успехов функционирования могут чередоваться с периодами медленного продвижения, вплоть до нулевого. Хотя такие дети продолжают развивать свой интеллект, в течение детства у них это получается все медленнее и медленнее.

Речь и социальное поведение

Результаты исследования развития речи и социального функционирования у детей и подростков с синдромом Дауна позволяют предположить, что их развитие во многом следует предсказуемым и упорядоченным курсом (Cicchetti, Toth & Bush, 1988; Dykens, Hodapp & Evans, 1994). Поскольку когнитивное развитие, игра, самопознание, знания других взаимосвязаны упорядоченным и значимым способом, считается, что скрытые символические способности детей с синдромом Дауна в целом сохранены (Cicchetti et al., 1988).

Однако существуют значительные различия в развитии речи между детьми с синдромом Дауна и их нормально развивающимися сверстниками. Возможно, наиболее заметным различием является значительная задержка развития экспрессивной речи у детей с синдромом Дауна. Экспрессивная речь необходима для овладения умением жить самостоятельно. У детей с синдромом Дауна экспрессивная речь зачастую значительно слабее, чем рецептивная, особенно при приобретении ими коммуникационных способностей на уровне двухлетнего возраста.

В дополнение к развитию символических и речевых навыков, основной этап развития в младенчестве и раннем детстве касается способности устанавливать отношения безопасной привязанности с основными источниками заботы о себе. Хотя и медленнее, чем нормальные дети, многие дети с синдромом Дауна формируют отношения безопасной привязанности с теми, кто заботится о них, к 12–24 месяцам хронологического возраста (Cicchetti et al., 1988). Но все же у значительного числа их могут возникнуть проблемы с установлением отношений безопасной привязанности, поскольку они демонстрируют меньшую эмоциональность, чем другие дети. Например, по результатам одного исследования детей с

синдромом Дауна не поднимали и не держали на руках ни матери, ни незнакомцы в ситуации, когда нормальные дети давно бы оказались на руках. Даже когда дети с синдромом Дауна приближались с соответствующими сигналами о желании контакта, матери и незнакомцы редко завершали контакт, видимому, потому, что дети не подавали требовательных сигналов, таких как плач, протягивание рук или хватание, которые обычно говорят родителям: «Я хочу на руки!» (В. Е. Vaughn, Contreras & Seifer, 1994). Это открытие имеет важное значение для родителей маленьких детей с синдромом Дауна: даже если они практически не выказывают свои требования или желание контакта, эти младенцы и дети так же нуждаются в том, чтобы их брали на руки и нянчились с ними.

За периодом формирования привязанности наступают следующие важные этапы развития, которые имеют отношение к пробуждению чувства самосознания, которое создает ранние основы личности. Как и другие дети, малыши с синдромом Дауна начинают приходить в восторг, узнавая себя в зеркалах и на фотографиях, хотя этот этап часто наступает позднее. Опыт узнавания себя у большинства младенцев немедленно сопровождается улыбками и смехом. Так же реагируют и малыши с синдромом Дауна (Mans, Cicchetti & Sroufe, 1978). Такой позитивный аффект, сопровождающий их визуальное узнавание себя, позволяет предположить, что дети себе нравятся (Cicchetti et al., 1988). Однако в раннем детстве и дошкольном возрасте дети с синдромом Дауна имеют задержки и отклонения в развитии внутренней речи. Внутренняя речь отражает возникновение осознания себя и других (через использование таких слов, как «сердитый» и «радостный»). Поскольку внутренняя речь играет ключевую роль в регуляции социальных отношений и обеспечивает основу раннего понимания себя и других, эти дети могут подвергаться повышенному риску возникновения в последующем трудностей с формированием системы самосознания (Beeghly & Cicchetti, 1997).

Дети с умственной отсталостью, особенно имеющие нарушения от легких до средних, учатся символическим забавам — таким как шумные и спортивные игры, игры в куклы — в основном тем же образом, что и другие дети. Несмотря на это они часто терпят неудачу в достижении расположения к себе сверстников в условиях обычного обучения, как правило, из-за недостатка социальных навыков и социально-когнитивных способностей (Bebko et al., 1998). Сиперштайн (Siperstein) и Лефферт (Leffert) (1997), например, сравнили социальное поведение и социально-когнитивные способности социально принятых и социально отвергнутых двенадцатилетних учащихся с умственной отсталостью, посещавших обычные классы. Как и ожидалось, принятые своими сверстниками дети оказались более общительными, умеющими быть заводилами.

Обеспокоенность социальным развитием детей с умственной отсталостью увеличивается, так как существует движение за включение детей с различны-

ми уровнями дееспособности в обычные классы и школы, вместо размещения их в специализированных и лечебных учреждениях. Поскольку нормально развивающиеся дети предпочитают играть с другими нормально развивающимися детьми, дети с умственной отсталостью все равно остаются социально изолированными от других детей своего возраста (Guralnick, 1999). Одно лишь физическое присутствие детей с умственной отсталостью в обычных классах, видимо, не повышает их социальную значимость. В результате, социальные последствия подобного размещения учащихся, страдающих умственной отсталостью, оказались разочаровывающими (Leffert & Siperstein, 1996).

Эмоциональные и поведенческие проблемы

Патти: Дефективная: до или после?

Патти была признана умственно отсталой и сменила более двадцати домов и учреждений, прежде чем ее приняли в государственную школу в возрасте десяти лет. Когда ей исполнилось двадцать, она рассказывала о некоторых своих переживаниях и ощущениях: «Думаю, что я была очень дефективной. Я говорю «дефективной», но это было тогда, когда я сильно расстраивалась. Множество людей в (учреждениях)... говорили мне, что я дефективная, — что я дефективная и умственно отсталая — так что я полагаю, что всю свою жизнь я была дефективной. Если вспомнить, что я делала, то становится ясно — я была дефективной... Расстроенность и дефективность — одно и то же в моей голове. Сумасшествие, мне кажется, это нечто другое. Сумасшедший — это совсем конченный человек.

Я имею в виду, совсем пропащий. Тот, кто без колебания убьет другого человека — просто чтобы убить. Вот это я называю сумасшествием. Я думаю, то, что было со мною, называется эмоциональной дефективностью... — да. Эмоциональная дефективность — это когда множество всяких вещей беспокоит меня. Они просто накапливаются и накапливаются до тех пор, пока я не становлюсь слишком разнервничавшейся или расстроенной. Мой мозг просто проходит через все эти изменения и различные вещи. Так много вещей внутри меня, которые меня беспокоят» (Bogdan & Taylor, 1982).

Описание Патти своих ощущений во время проживания в различных учреждениях показывает, как ее поведение может «выводить из равновесия». Но являются ли ее ощущения порождением окружающей среды и личностных ограничений? Многие дети и подростки с умственной отсталостью вынуждены сталкиваться с препятствиями, связанными с их интеллектуальными, физическими и социальными

нарушениями, и зачастую слабо контролируют собственную жизнь. Таким образом, неудивительно, что приблизительно 10–40% детей, страдающих умственной отсталостью, имеют значительные эмоциональные или поведенческие проблемы (Dykens, 2000; Rojahn & Tasse, 1996). По этим оценкам, распространенность эмоциональных и поведенческих нарушений у них в 4–6 раз больше, чем у основного населения (W. E. McLean, 1993).

Однако эти проблемы не обязательно составляют психические заболевания. Когда детям с умственной отсталостью ставят специфические психиатрические диагнозы, чаще всего они включают в себя расстройства импульсивного контроля (такие как поведенческое расстройство или аутоагрессивное поведение), тревожные расстройства и расстройства настроения (Bouras, 1999; B. H. King, DeAntonio, McCracken, Forness & Ackerland, 1994). Хотя эти проблемы иногда тяжелы и зачастую требуют вмешательства, они скорее считаются частью спектра проблем, сопутствующих умственной отсталости, нежели показателями других психических заболеваний (Hodapp & Dykens, 1996).

По этой причине обычно требуются поправки к тому, как применяются диагностические критерии DSM-IV-TR для других психических расстройств. Частота, с которой определенные проблемы, такие как вспышки раздражения, гиперкинетическое расстройство и расстройства настроения, встречаются у этих детей, требует рассмотрения: что же является нормальным или типичным для других детей с подобным уровнем умственной отсталости. Например, вспомните, что для диагноза «гиперкинетическое расстройство» и «синдром дефицита внимания» (глава 5) требуются поведенческие нарушения, не соответствующие уровню развития человека. У людей с глубокой умственной отсталостью объем внимания, способность к концентрации и целенаправленное поведение заметно варьируются. С целью диагностирования любого иного психического нарушения ребенка с глубокой умственной отсталостью требуется сравнить его с другими детьми, страдающими глубокой умственной отсталостью (Benson & Aman, 1999).

Оценка сопутствующих эмоциональных и поведенческих расстройств у детей с умственной отсталостью, как правило, опирается скорее на наблюдения лиц, заботящихся о ребенке, чем на психиатрические диагнозы. Таким образом, оценка эмоциональных и поведенческих нарушений отражает то, что видят родители и учителя в повседневной жизни, когда заботятся о ребенке с умственной отсталостью. В начале 1970-х было проведено крупное исследование на острове Уайт у берегов Англии (Rutter, Tizard, Graham & Whitmore, 1976) с целью получить сведения о распространенности психических заболеваний среди детей и взрослых с умственной отсталостью и без нее. По оценкам и родителей, и учителей, оказалось, что около трети детей с легкой умственной отсталостью и около половины детей с более тяжелыми формами умственной отсталости демонстрировали основные признаки эмоциональных нарушений. Это дает возможность предположить, что подобные проблемы являются распространенными.

Дети и взрослые с умственной отсталостью иногда обнаруживают дополнительные симптомы, которые могут быть особенно мучительными. Пика (обсуждаемая в главе 13), которая может привести к приему вредных и опасных для здоровья веществ, в наиболее тяжелых своих формах наблюдается у детей и взрослых с умственной отсталостью. **Аутоагрессивное поведение** является серьезной и иногда угрожающей жизни проблемой, затрагивающей около 10% детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью (Matson & Frame, 1986). Распространенными формами аутоагрессивного поведения являются удары головой, выдавливание глаза, сильное расцарапывание кожи, зажевывание губ или языка, некоторые типы нарушения аппетита и внедрение под кожу инородных предметов. Долговременные прогнозы для нарушения аппетита и для аутоагрессивного поведения неблагоприятны. Результаты исследования, длившегося 18 лет, показывают, что эмоциональное отчуждение, стереотипии (частые повторы одних и тех же форм речи или поз, движений, например: удары головой, движения руки или тела) и избегание визуального контакта у людей с тяжелой умственной отсталостью остаются спустя 18 лет (A. H. Reid & Ballanger, 1995).

Учителя и родители детей с умственной отсталостью, как правило, сообщают о симптомах гипердинамического расстройства и синдрома дефицита внимания, что требует корректирования стратегий обучения и отношения к детям (Dykens, 2000; Pearson, Norton & Farwell, 1997). В присутствии учителя, являющегося напоминанием о том, что нужно заниматься делом и как следует вести себя, дети с умственной отсталостью с гипердинамическим расстройством и синдромом дефицита внимания, равно как и без него (так же, как и дети с гипердинамическим расстройством и синдромом дефицита внимания, не страдающие умственной отсталостью), как правило, могут сосредоточиться на задаче. Однако различия между детьми с гипердинамическим расстройством и синдромом дефицита внимания и без него проявляются во время самостоятельной работы, когда им дается инструкция работать самостоятельно, без помощи учителя (Handen, McAuliffe, Janosky, Feldman & Breaux, 1994). Когда детям с умственным расстройством и гиперкинетическим расстройством с синдромом дефицита внимания назначают стимуляторы, они могут дольше сохранять сосредоточенность на задаче, хотя на точности их работы действие этих препаратов практически не сказывается (Matson et al., 2000).

Таким образом, дети с умственной отсталостью могут иметь эмоциональные и поведенческие проблемы, требующие специального распознавания и соответствующих стратегий обучения. В целом подобные проблемы не обязательно составляют крупные психические расстройства, но они отражают большие препятствия, с которыми могут столкнуться дети в процессе научения выражать свои потребности и адаптироваться к своему окружению. Например, семилетняя девочка с легкой умственной отсталостью может находиться на уровне развития,

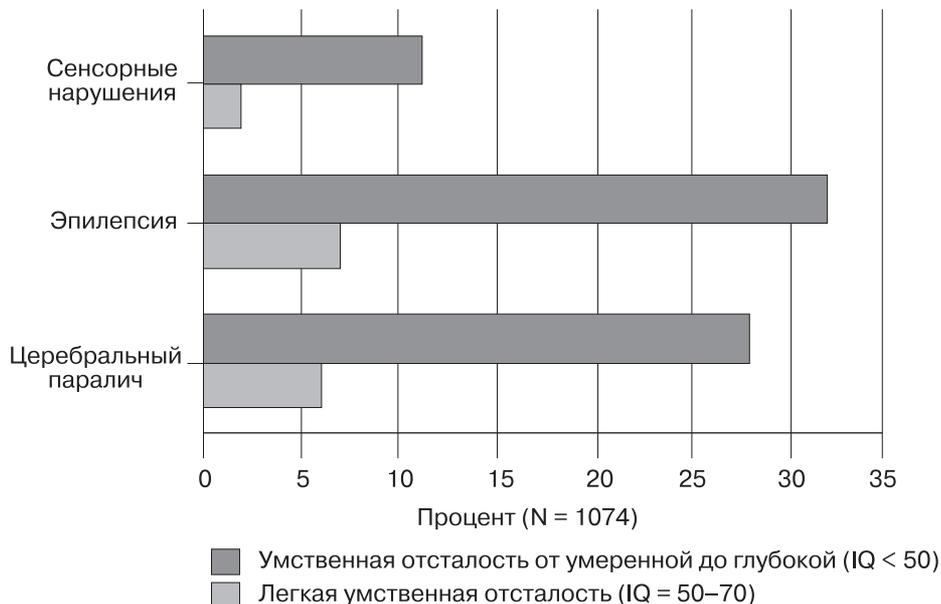


Рис. 9.2. Физические нарушения у детей с умственной отсталостью (адаптировано из С. С. Murphy et al., 1995).

составимом с уровнем развития нормального четырехлетнего ребенка. Поэтому в классе ей может быть трудно усидеть на месте и сосредоточиться на задаче. Вероятно, она не всегда сможет контролировать свои эмоции или поведение в той же степени, что и другие семилетние дети в классе, и это приведет к случайным вспышкам смеха или гнева.

Важно рассматривать эти проблемы с позиций теории развития. Мы не станем ожидать от четырехлетнего ребенка, чтобы он вел себя в классе так же, как и старшие дети, так что ожидания и педагогические методы должны быть соответственно изменены. Эд и Патти ясно показали, что прикрепление к ребенку диагностического термина, означающего патологию или недееспособность, часто является непродуманным и несущим лишь ухудшение. Подобные термины нужно использовать экономно — только в тех случаях, когда специальное внимание оправдано, например при аутоагрессивном поведении.

Другие нарушения

Дети с умственной отсталостью могут также иметь иные физические нарушения и нарушения развития, которые могут глубоко влиять на их психическое и физическое здоровье. Подобные отклонения обычно связаны со степенью интеллектуального нарушения. Рисунок 9.2 показывает, с какой частотой некоторые из наиболее распространенных нарушений развития встречаются у детей с умственной отсталостью от умеренной до глубокой (IQ < 50) и у детей с легкой умственной отсталостью (IQ = 50–70). Использованы данные, полученные на большой выборке школьников (С. С. Murphy et al., 1995). В целом у 12% детей с легкой умственной отсталостью и у 45% детей с умственной отсталостью от умерен-

ной до глубокой имеется, по крайней мере, еще одно нарушение (сенсорное нарушение, церебральный паралич или эпилепсия).

Несмотря на такие серьезные физические нарушения, сопровождающие интеллектуальные недостатки, дети и взрослые с умственной отсталостью, включая тех, кто страдает синдромом Дауна и иными расстройствами, связанными с хромосомными аномалиями, теперь имеют большую вероятную продолжительность жизни, чем когда-либо ранее. Например, для людей, страдающих синдромом Дауна, вероятная продолжительность жизни в 1929 году составляла лишь 9 лет, но к 1980 году она увеличилась до 55 лет (и более) для мужчин и до 52 лет для женщин благодаря улучшению медицинского обслуживания и раннему обнаружению заболевания (Cooper & Collacott, 1995). Кроме того, 70% больных синдромом Дауна проживут дольше 30 лет благодаря усовершенствованным методам лечения респираторных заболеваний и врожденных пороков сердца, которые преследовали взрослых с синдромом Дауна (Baird & Sadovnick, 1987). Однако у большинства людей с этим заболеванием, перешагнувших сорокалетний рубеж, наблюдается ухудшение когнитивных способностей (сходное с болезнью Альцгеймера) из-за аномалии двадцать первой хромосомы (Lendon, Ashall & Goate, 1997).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Дети, страдающие умственной отсталостью, проходят стадии развития в той же последователь-

ности, что и нормально развивающиеся дети. Однако со временем их устремленность и мотивация снижаются из-за чувства разочарования, которое обычно приводит к предчувствию неудачи.

- Адаптивные навыки могут со временем повышаться, а уровень нарушения — меняться в лучшую сторону, особенно у детей с легкой умственной отсталостью, при соответствующем обучении и предоставлении возможностей для этого.

- Распространены нарушения развития, особенно проблемы с речью и поведением. Эмоциональные и поведенческие проблемы считаются, скорее, частью спектра проблем, сопутствующих умственной отсталости, нежели признаками психического заболевания.

- Дети с умственной отсталостью подвергаются большому риску иметь другие физические нарушения и нарушения развития, которые могут оказывать глубокое воздействие на их психическое и физическое здоровье (например, сенсорные нарушения, церебральный паралич и эпилепсия).

ПРИЧИНЫ

Поразительно, что сейчас известно более 1000 различных органических причин умственной отсталости (Moser, 1992; State, King & Dykens, 1997) — в пять раз больше, чем в 1983 году.

Однако, несмотря на такое стремительное открытие причин, ученые в большинстве случаев не могут объяснить ключевую причину умственной отсталости, особенно ее легких форм. Раскрыты генетичес-

кие или средовые причины умственной отсталости, от умеренной до глубокой, в двух третях случаев, в то время как причины легкой умственной отсталости раскрываются лишь в четверти случаев (Rayham, Gibbons, Flint & Higgs, 1996). Некоторые из этих причин оказывают свое воздействие до рождения (пренатальные). К ним относятся все генетические заболевания и нарушения внутриутробного развития. Другие типы умственной отсталости вызваны причинами, связанными с родами (перинатальные), например преждевременными родами или недостатком кислорода (аноксия) при рождении. Третьи типы умственной отсталости возникают в результате воспаления оболочек мозга (менингитов), черепно-мозговых травм и других факторов, воздействующих после рождения (постнатальные факторы).

Чтобы составить представление об этих различных причинах, исследователи предложили подход, разделяющий все случаи умственной отсталости на два вида. Определения, особенности и причины умственной отсталости, раскрытые благодаря этому подходу, сведены в табл. 9.4. Для **органического вида** (иногда называемого патологическим) характерны четкие органические причины, и он обычно связан с тяжелой или глубокой умственной отсталостью, в то время как у **культурно-семейного вида** нет четких органических причин и он обычно связан с легкой умственной отсталостью (Zigler, 1967; Zigler & Hodapp, 1986).

Органическая умственная отсталость изучена достаточно хорошо по причине глубокого влияния биологических факторов. Культурно-семейная, напротив, остается чем-то таинственным, даже при том, что в нее входит от одной до двух третей всех людей, страдающих умственной отсталостью (Hodapp & Dykens, 1996). Предположительно, ее причинами

Таблица 9.4
Подход к исследованию умственной отсталости
путем деления ее на два вида

	Органический вид	Культурно-семейный вид
Определение	У человека имеются четкие органические причины умственной отсталости.	У человека не имеется очевидных причин отсталости. Иногда умственная отсталость есть и у другого члена семьи.
Особенности	Характерен для людей с умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью. Встречается примерно с одинаковой частотой во всех этнических группах и социально-экономических уровнях. Чаще связан с другими физическими нарушениями.	Характерен для людей с легкой умственной отсталостью. Чаще встречается у людей, принадлежащих к этническим меньшинствам и низкому социально-экономическому уровню. Редко связан с физическими нарушениями.
Причины ¹	Пренатальные (генетические заболевания, нарушения внутриутробного развития). Перинатальные (преждевременные роды, аноксия). Постнатальные (черепно-мозговые травмы, менингиты).	Полигенные (например низкий IQ родителей). Средовая депривация. Необнаруженные органические состояния.

¹ Причины культурно-семейной умственной отсталости не доказаны.

являются ситуационные факторы, такие как бедность, неадекватное воспитание ребенка, плохое питание и психопатология родителей, которые влияют на психологическое (в противоположность биологическому) развитие ребенка. Однако более специфичные причинно-следственные отношения не были определены.

Конечно, генетические факторы играют некоторую роль и в случаях культурно-семейных форм умственной отсталости, что можно увидеть на рис. 9.3, где представлены семейные ситуации детей с умственной отсталостью. Риск ребенка иметь умственную отсталость возрастает в геометрической прогрессии, если у обоих родителей нормальный IQ, но сестра или брат одного из родителей страдает умственной отсталостью (13%), если кто-то из родителей страдает умственной отсталостью (20%) и если оба родителя страдают умственной отсталостью (42%). Соответственно, и генетические факторы, и факторы окружающей среды вовлечены в развитие легких форм умственной отсталости, но каким образом — пока неизвестно (State et al., 1997; Zigler & Hodapp, 1986).

Разделение умственной отсталости на два вида также доказывает, что составлять представление о легкой умственной отсталости следует в континууме степеней интеллектуальной способности, от меньших к большим, сходном с кривой нормального распределения. Более тяжелые формы умственной отсталости, напротив, категориальны — имеются или отсутствуют — в зависимости от необычных событий, оказывающих глубокое влияние на развитие.

Рисунок 9.4 демонстрирует, что неожиданный эксцесс очень низких показателей IQ не вписывается в предполагаемое нормальное распределение. Этот эксцесс объясняется органическим видом.

В этом разграничении выделяется относительная важность окружающей среды. Социальноэкономический фон органического вида почти тот же, что и у основного населения, что соответствует представлению о том, что тяжелые формы умственной отсталости могут быть у любого человека, независимо от его социальноэкономического статуса. С другой стороны, к культурно-семейному виду умственной отсталости в основном относятся люди, имеющие низкий социальноэкономический статус и неблагоприятные социальные условия. Семейный вид в значительной степени связан с семейной историей умственной отсталости.

Большей частью этот подход доказывался эмпирически, с некоторыми поправками (Moser, Raimor & Leonard, 1990; Simonoff et al., 1996). Исходная предпосылка, что легкая умственная отсталость возникает не по органическим причинам, ставится под сомнение открытиями, что эпилепсия, церебральный паралич и другие органические заболевания чаще обнаруживаются у людей, страдающих легкой умственной отсталостью, чем у интеллектуально нормальных людей (J. M. Rao, 1990; Sabaratnam, Laver, Butler & Pembrey, 1994). К тому же примерно у 10% людей, имеющих тяжелую умственную отсталость, нельзя установить органическую патологию (Hodapp & Dykens, 1996). Даже после вынесения за скобки совпадений у двух видов, этот подход к этиологии умственной отсталости должен выдержать проверку временем.

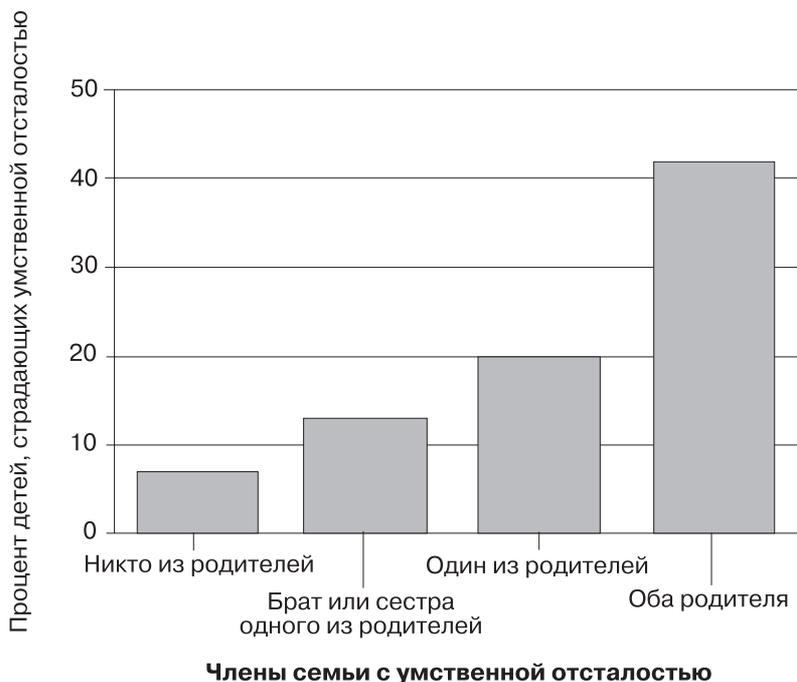


Рис. 9.3. Риск повторного возникновения умственной отсталости в семье (адаптировано из Reed & Reed, 1965).

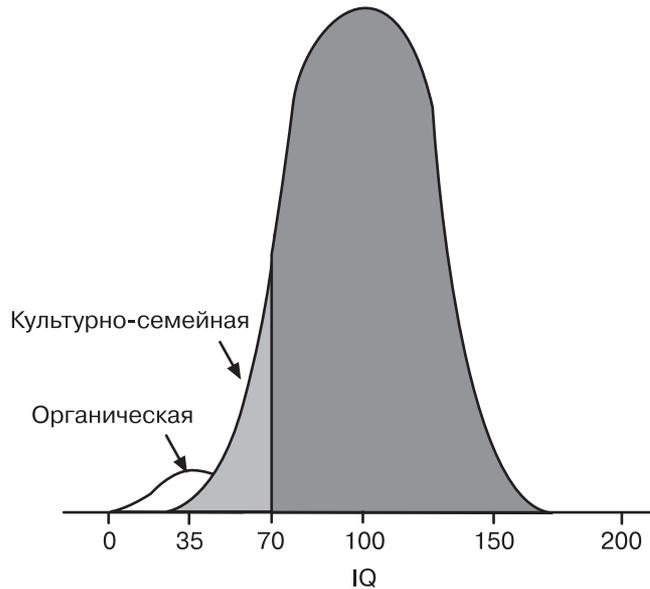


Рис. 9.4. Приблизительное распределение IQ по шкале Стэнфорд—Бине. На практике низким IQ обладает больше детей, чем можно предсказать по этому распределению. Эксцесс очень низких IQ имеет большое значение для объяснения умственной отсталости путем разделения ее на два вида — культурно-семейную и органическую (адаптировано из Zigler & Hodapp, 1986.).

Наследственность и влияние окружающей среды

Львиную долю исследований интеллекта человека составляло внимание к скрытым процессам, связанным с генетическим набором, а также к факторам окружающей среды, влияющим на генетический состав. До сих пор длительные дебаты по поводу относительного влияния генов и окружающей среды далеки от завершения (McGue, 1997). Вопрос состоит не в позиции и/или — для действия гена необходима, по крайней мере, биохимическая среда, зачастую относящаяся к окружающей.

Предположительно, генетические влияния на интеллектуальное развитие потенциально модифицируются факторами окружающей среды, хотя практическая подобность модификаций — это другой вопрос. Подобным образом влияние окружающей среды на развитие зависит от генов или структур, с которыми они связаны (Neisser et al., 1996). Проще говоря, дети не наследуют IQ — они наследуют **генотип**, то есть набор генов, отвечающих за интеллект. Выражение генотипа в окружающей среде — взаимодействие ген—среда — называется **фенотипом**. **Наследуемость** свойства описывает количественное соотношение вариаций свойства, могущих быть приписанными генетическому влиянию в роду (Neisser et al., 1996). Наследуемость любого отдельного свойства, следовательно, может варьироваться от 0 до 100% генетической определенности.

Так можем ли мы оценить наследуемость интеллекта и, косвенным образом, наследуемость умственной отсталости? На этот интригующий вопрос теперь можно ответить с некоторой степенью уве-

ренности, но без особого энтузиазма. Многочисленные факты указывают на то, что наследуемость интеллекта приблизительно равна 50%, а это значит, что и генетические, и не относящиеся к генетическим факторы играют огромную роль для структуры и выражения интеллекта (McGue, Bouchard, Iacono & Lykken, 1993; Plomin & Neiderhiser, 1991).

Существует так много специфических генетических причин умственной отсталости, что все еще остается некоторый скептицизм в отношении важности влияния окружающей среды. К этой дилемме добавляется сложность распознавания, выделения и измерения специфических, негенетических переменных (Plomin, 1995; Rowe, 1994). Существуют убедительные доказательства того, что основные средовые факторы влияют на показатели когнитивной успешности детей, живущих в неблагоприятных условиях (Ramey, Campbell, & Ramey, 1999). Например, дети, рожденные в социально неблагоприятных условиях, а затем усыновленные другими семьями и растущие в более благоприятной обстановке, имеют показатели IQ значительно выше, чем их братья или сестры, воспитываемые своими биологическими родителями в неблагоприятной обстановке (Carpon & Duyme, 1989).

Даже во время пренатального развития окружающая среда может влиять на IQ в большей степени, чем ранее предполагалось. Обзор исследований близнецов и братьев/сестер, не являющихся близнецами, выявил, что общая пренатальная среда (это значит, что у детей была одна мать) объясняет 20% сходства IQ у близнецов, но лишь 5% у братьев/сестер, не являющихся близнецами (Devlin, Daniels & Rodin, 1997). Подобное открытие означает, что пре-

натальное воздействие, такое как питание, гормональный уровень и токсичные вещества, может быть неправильно интерпретировано как генетическое, когда на деле оно является фактором окружающей среды (McGue, 1997). Важно оценить практическую пользу этого исследования: если раннее (пренатальное) воздействие значительно влияет на интеллектуальное функционирование, тогда распространение пока что робких инициатив служб общественного здоровья, направленных на улучшение питания беременных и кормящих женщин и на уменьшение возможного воздействия токсинов на плод, может не только улучшить гигиену беременности, но также иметь неожиданную пользу в виде улучшения интеллектуального и когнитивного функционирования детей.

Генетические и конституциональные факторы

Несмотря на стремительное развитие знаний о генетических механизмах, лежащих в основе состояний, связанных с умственной отсталостью, действительные биологические механизмы, вызывающие нарушение интеллекта, еще плохо изучены (Simonoff et al., 1996; State et al., 1997). Идентификация аномальных генов, или генов, повышающих риск развития определенных болезней, имеет неопределимую значимость для изучения генома и консультирования, но подобная идентификация не определяет более эффективный способ лечения умственной отсталости.

Поскольку существует множество состояний, ведущих к умственной отсталости, мы рассмотрим здесь несколько разных заболеваний, или типов заболеваний. В их числе синдром Дауна, синдром хрупкой X-хромосомы, синдром Прадера—Вилли (Prader—Willi) и синдром Энгельмана (Angelman), а также моногенные формы умственной отсталости. Каждое из этих заболеваний иллюстрирует различные аспекты генетических механизмов. Освещены также способы, какими гены могут быть связаны с воздействием окружающей среды.

Хромосомные аномалии. Хромосомные аномалии являются наиболее распространенной причиной тяжелой умственной отсталости. **Синдром Дауна**, трисомия по 21 хромосоме, — наиболее распро-

страненное заболевание, обусловленное подобными аномалиями. Аномалии могут быть также связаны с числом половых хромосом, что приводит к таким формам умственной отсталости, как синдром Клайнфелтера (Klinefelter) (XXY, заболевание, при котором у мужчин имеется одна лишняя X-хромосома) и синдром Тернера (Turner) (XO, заболевание, при котором у женщин отсутствует вторая X-хромосома). Два последних заболевания довольно распространены — 1 из 400 живых новорожденных — но в целом их влияние менее пагубно, чем влияние генетических нарушений (Simonoff et al., 1996).

Синдром Дауна возникает с частотой около 1,5 на 1000 новорожденных (de Grouchy & Turleau, 1990). Для этого синдрома характерны некоторые отличительные физические черты: маленький череп, большой язык, высовывающийся из маленького рта, миндалевидные глаза, скошенные брови, плоская переносица, короткий, искривленный мизинец и широкие, квадратные кисти со складкой, проходящей через всю ладонь. Эти физические особенности иногда не слишком заметны и могут проявляться в разной степени.

В большинстве случаев синдрома Дауна лишняя хромосома появляется вследствие **нерасхождения** — нерасделения во время мейоза 21-й пары хромосом матери. Когда две материнские хромосомы соединяются с одной 21-й хромосомой отца, в генетическом наборе ребенка появляется три 21-х хромосомы вместо двух (что называется трисомией по 21-й хромосоме). Поскольку нерасхождение хромосом прямо зависит от возраста матери, риск появления ребенка с этим синдромом у матерей до 33 лет составляет менее 1 на 1000 живых новорожденных, а у матерей старше 45 лет — 38 на 1000 (Trimble & Baird, 1978).

Хотя хромосомная основа синдрома Дауна хорошо изучена, причины умственной отсталости у детей, страдающих им, неизвестны. Одна точка зрения состоит в том, что хромосомный дисбаланс может создать «критические области» генетического материала, которые, выйдя из состояния равновесия, способствуют развитию определенных фенотипических особенностей (С. J. Epstein, 1990). Другая теория заключается в том, что трисомия по 21-й хромосоме является причиной нестабильности развития, и в результате формирования нервной ткани проходит аномально (Blum-Hoffman, Rehder & Langenbeck, 1987). Поскольку идентифицированы гены, отвечающие за различные аномалии и трисомию по 21-й хромосоме, и определен их способ действия, эта задача будет решена (Simonoff et al., 1996).

Синдром хрупкой X-хромосомы — наиболее частая причина наследуемой умственной отсталости (синдром Дауна встречается чаще, но он редко бывает наследуемым). Это заболевание поражает 1 из 1500–2000 детей мужского пола и 1 из 2000–2500 детей женского пола (Kahkonen et al., 1987). Физические особенности при этом синдроме более тонкие, чем при синдроме Дауна, и могут заключаться в большом лбе, выступающей челюсти и низко посаженных оттопыренных ушах.



The Buckets, использовано с разрешения United Feature Syndicate, Inc.

Как правило, этому синдрому сопутствует умственная отсталость от легкой до умеренной, хотя некоторые дети глубоко умственно неполноценны, а у других интеллект в норме (Simonoff et al., 1996).

Хотя ген, отвечающий за синдром хрупкой X-хромосомы, известный как FMR-1-ген, расположен в X-хромосоме, этот синдром не вписывается в картину традиционного X-сцепленного наследования. От трети до половины гетерозиготных носительниц страдают разновидностью этого синдрома, и у них имеются небольшие когнитивные или эмоциональные нарушения. Более того, около 20% мужчин с FMR-1-геном передают это заболевание, хотя сами им не страдают (E. Anderson, 1994). Поведенческие особенности, характерные для синдрома хрупкой X-хромосомы, зачастую трудно уловимы, но четко очерчены. Большинство лиц мужского пола, страдающих этим синдромом, имеют необычные социальные и коммуникационные паттерны, им свойственны застенчивость и затрудненный контакт «глаза в глаза». У некоторых из них наблюдается чрезмерная социальная тревожность, и менее 5% подходят под критерии аутизма (Flint & Yule, 1994).

Синдром Прадера—Вилли — сложное генетическое заболевание, для которого характерны приземистая фигура, умственная отсталость или нарушение способности к научению, незавершенное половое развитие, низкий мышечный тонус и чрезмерный аппетит (Akefeld & Gillberg, 1999). Этот синдром встречается редко, его частота, по приблизительным оценкам, составляет 5–10 на 100 000 новорожденных (Butler, 1990). Детям, страдающим синдромом Прадера—Вилли, требуется меньше калорий, чем нормальным детям, чтобы сохранить приемлемый вес, так что их чрезмерное стремление поглощать пищу ведет к ожирению.

Синдром Энгельмана связан с умственной отсталостью (обычно от умеренной до тяжелой); поведение таких больных характеризуется атаксией (неуклюжей походкой), судорожным синдромом, резкими (ступенчатыми) движениями, хлопаньем руками

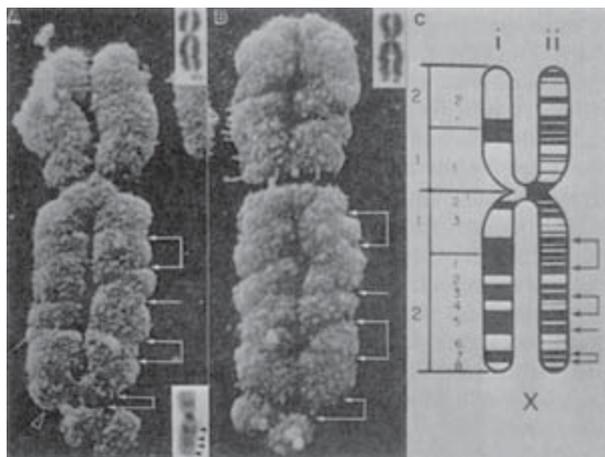
и нарушением речи. Люди, страдающие этим синдромом, имеют отличительные черты лица: большую челюсть и открытый рот.

Оба эти синдрома (Прадера—Вилли и Энгельмана) связаны с аномалией 15-й хромосомы, но наследуемыми не признаны. Более того, считается, что они являются спонтанными дефектами генетического рождения, появляющимися во время зачатия или сразу после него. По причинам, пока не совсем известным, гены пораженного участка 15-й хромосомы матери являются невыраженными (функциональными). Этот недостаток гена или генов, тесно примыкающих друг к другу, видимо, служит причиной указанных синдромов. Происхождение — отцовское или материнское — отсутствующего генетического материала является возможной причиной явных фенотипических различий.

Было получено много сведений о генетическом воздействии на интеллект и адаптивные способности. Поскольку эти воздействия отнюдь не являются единообразными или точно установленными, остается проблема объяснения механизмов, реализующих эти влияния на интеллект и вариации выражения фенотипа. Например, даже при синдроме Дауна может встречаться легкая умственная отсталость, а у некоторых индивидов — наблюдаться нормальный интеллект. Молекулярные генетические и биологические техники приближают понимание возникновения подобных вариаций, хотя на сегодняшний день наши знания чрезвычайно ограничены (State et al., 1997).

Моногенные формы. Другие синдромы, затрагивающие интеллект и когнитивное функционирование, могут возникать от метаболических дефектов, имеющих генетическую основу, которые называются врожденными нарушениями метаболизма. Подобные дефекты вызывают избыток или недостаток некоторых веществ, необходимых на определенных стадиях развития. Врожденные нарушения метаболизма объясняют 3–7% случаев тяжелой умственной отсталости (Moser et al., 1990).

Одним из наиболее изученных примеров моногенных форм умственной отсталости является *фенилкетонурия*, редкое заболевание, частота которого приблизительно 1 на 10 000 человек (DiLella & Woo, 1987). В отличие от хромосомных аномалий (являющихся причиной синдрома Дауна), причиной фенилкетонурии является рецессивный ген, механизмы передачи которого соответствуют законам Менделя. Дети получают этот ген от обоих родителей — причем, возможно, ни один из них не страдает фенилкетонурией — следствием чего является недостаток ферментов печени, необходимых для превращения аминокислоты фенилаланина в другую важнейшую аминокислоту — тирозин. Тирозин в нормальных условиях превращается в другие вещества, необходимые для физического развития. Поскольку у больного фенилкетонурией нарушен обмен фенилаланина, присутствующего во многих продуктах, он накапливается в организме и переходит в фенилпировиноградную кислоту, другой аномальный метаболит. Этот продукт обмена, в свою



Микроснимок, на котором запечатлен пробел в хромосоме, который связан с синдромом хрупкой X-хромосомы.

очередь, вызывает повреждение мозга, умственную отсталость, затхлый запах тела, гиперактивность, припадки, а также сухость, обесцвеченность кожи и волос.

Фенилкетонурия является хорошим примером генетического заболевания, успешно поддающегося лечению путем изменения окружающей среды. Теперь все новорожденные проверяются на наличие дефекта и при необходимости немедленно переводятся на строго ограниченную диету. Однако теперь, благодаря тому что страдающие фенилкетонурией больные получают раннее лечение, у молодых женщин с этим заболеванием стали появляться дети, что привело к учащению случаев врожденных дефектов и последующей умственной отсталости у потомков. Строгое ограничение диеты, введенное до зачатия, в настоящее время является лучшей мерой предупреждения этих проблем (Simonoff et al., 1996).

Нейробиологическое влияние

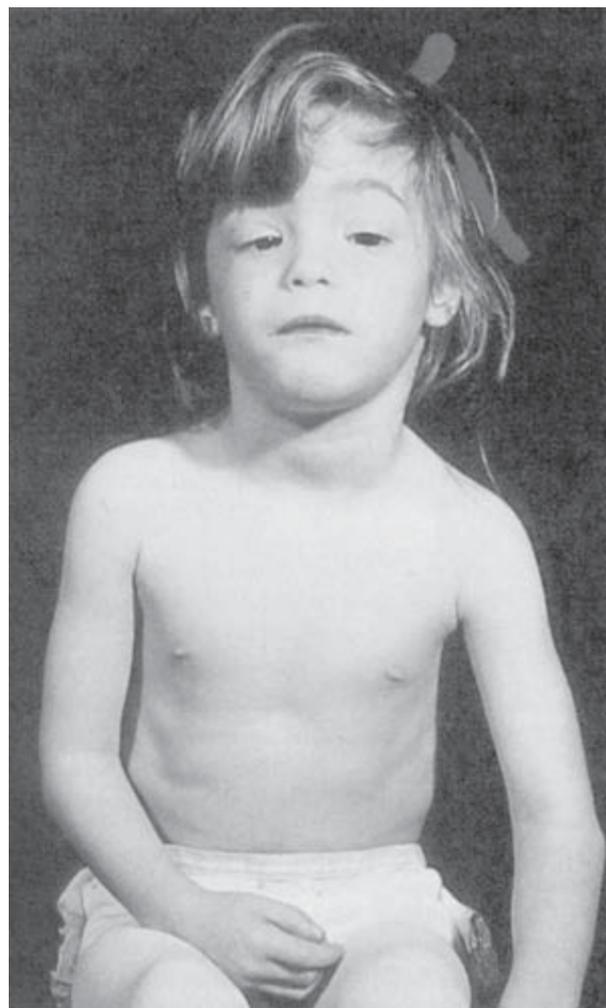
На развитие плода, а затем — младенца, могут также влиять неблагоприятные биологические факторы, такие как плохое питание, воздействие токсичных веществ и различные пренатальные и перинатальные стрессоры. Эти факторы прямо или косвенно ведут к снижению интеллекта и к умственной отсталости в некоторых, отнюдь не во всех, обстоятельствах, что часто зависит от степени повреждения плода и срока внутриутробного развития (первый триместр беременности является периодом наибольшей восприимчивости). Беременность и роды — это время наибольшей подверженности травмам, инфекциям и иным осложнениям, и такие проблемы объясняют около 10% всех случаев умственной отсталости (APA, 2000). Другие общие физические состояния, приобретенные в младенчестве или детстве, такие как инфекции, травмы и случайное отравление, объясняют еще около 5% предполагаемых или известных причин умственной отсталости (APA, 2000).

Воздействие алкоголя в пренатальный период считается одной из наиболее широко известных причин умственной отсталости, которой можно избежать. Даже небольшое количество алкоголя в период пренатального развития может негативно влиять на интеллект. Например, у матери, во время беременности потреблявшей более 42,45 граммов алкоголя ежедневно, дети в четырехлетнем возрасте имели IQ, в среднем, на 5 единиц ниже контрольного уровня (Streissguth et al., 1991). Воздействие аспирина и антибиотиков в пренатальный период, по результатам того же исследования, дает подобный негативный эффект.

Являясь довольно редким, **алкогольный синдром плода** считается самой известной причиной умственной отсталости вследствие его явной связи с интеллектуальными нарушениями. Распространенность его в Соединенных Штатах — приблизительно 0,7 на 1000 живых новорожденных (Центр контроля заболеваемости, 1995), с несколько большей распространенностью среди афро-американцев, и особенно среди коренных американцев, у которых

алкогольный синдром плода встречается почти в четыре раза чаще (2,7 на 1000 живых новорожденных), чем у основного населения Соединенных Штатов.

Алкогольный синдром плода характеризуется дисфункцией центральной нервной системы, аномалиями черт лица и задержкой развития ниже 10-го перцентилля. Механизм, вызывающий подобные аномалии, не совсем ясен, но считается, что в нем участвует *тератогенное* (относящееся к нарушению развития плода) влияние алкоголя на развитие центральной нервной системы, а также родственные повреждения, происходящие от связанных с алкоголизмом проблем с питанием и метаболизмом (Steinhausen, Willms & Spohr, 1994). Кроме интеллектуальных недостатков, дети, страдающие алкогольным синдромом плода, зачастую имеют дли-



Особенности детей с алкогольным синдромом плода: кожные складки в уголках глаз, плоская переносица, короткий нос, углубления между носом и верхней губой, небольшой объем головы, узкие глаза, мелкие черты лица и тонкая верхняя губа.

тельные проблемы, сходные с гипердинамическим расстройством и синдромом дефицита внимания, включая дефицит внимания, недостаточный контроль собственных импульсов и серьезные поведенческие проблемы. В среднем, их IQ соответствует легкой степени умственной отсталости (Streissguth, Barr, Bookstein, Sampson & Olson, 1999).

Кроме алкоголя известны и некоторые другие тератогены, повышающие риск возникновения умственной отсталости посредством своего влияния на формирование центральной нервной системы. Вирусные инфекции, такие как краснуха (*German measles*), перенесенные матерью в первый триместр беременности, могут вызвать серьезные дефекты у плода. Однако иммунизация практически свела на нет эту причину умственной отсталости в большинстве развитых стран. Сифилис, скарлатина, туберкулез нервной системы, дегенеративные болезни нервов, а иногда корь и эпидемический паротит также могут быть причиной умственной отсталости.

Умственная отсталость также может быть вызвана рентгеновскими лучами и определенными препаратами, принимаемыми матерью во время беременности, механическим сжатием головы ребенка во время родов, недостатком кислорода из-за задержки дыхания после рождения, отравлением, например свинцом или окисью углерода, и опухолями или кистами мозга (Hodapp & Dykens, 1996). В сущности, любая биохимическая или инфекционная субстанция, которая не может быть разрушена или взята под контроль иммунной или регуляторной системами матери, может представлять собой повышенную опасность для развития плода и, в свою очередь, для интеллектуальных способностей.

Социальная и психологическая сферы

Последняя группа факторов, являющихся причиной умственной отсталости или возникающих в связи с ней, возможно, наименее изучена и наиболее неоднозначна. По общему определению, эти факторы относятся к широкой области влияний окружающей среды, таких как физическая и эмоциональная депривация, недостаток стимулирования младенца, а также другие психические расстройства, зачастую сопровождающие умственную отсталость, например аутистическое расстройство. Вместе взятые, эти факторы объясняют приблизительно 15–20% случаев умственной отсталости (APA, 2000). Располагаясь в довольно широких рамках, эти факторы все же по большей части косвенны и не подтверждены, поскольку они зачастую вкраплены в различные пласты индивидуальных и семейных обстоятельств с различной степенью неблагоприятности. Здесь мы осветим роль попечителей ребенка и его семьи в поддержании развития ребенка с умственной отсталостью, а также стрессы и препятствия, которые могут мешать исполнению этой роли. Отклонения в родительских отношениях, такие как жестокое обращение с ребенком или его заброшенность, и то, как они могут влиять на интеллектуальное и поведенческое развитие, более тщательно рассмотрены в главе 14.

Родители дают детям не только свои гены, но и стиль воспитания, и атмосферу, направляющие и формирующие психологическое развитие ребенка, начиная с самого рождения.

Обдумайте, что говорит отец маленького ребенка, страдающего синдромом Дауна, которому пришлось научиться тому, как обратиться за требуемой поддержкой и как связаться с другими семьями, в которых есть ребенок с этим синдромом:

Никогда не забуду тот день, когда медсестра рассказала нам, как многого могут достичь такие дети. Ее совет обратиться в местную ассоциацию для детей с синдромом Дауна стал очень важным толчком. Другие родители в ассоциации помогли мне понять, что синдром Дауна — это хромосомная aberrация, а не болезнь, и [дали совет] где получить помощь. Моему сыну было меньше месяца, когда он начал проходить психотерапию, помогающую ему учиться и взаимодействовать с другими. Теперь Джейку три года, и он полон жизни. Он ходит, повторяет несколько слов и понимает направления (адаптировано из Martin, 1995).

Каким образом семьи, в которых есть ребенок с умственной отсталостью, вносят свой вклад в здоровое развитие ребенка или, напротив, в ухудшение его состояния? В последние годы направление, в котором рассматривалась область умственной отсталости, сильно изменилось. От изучения одного лишь негативного влияния семьи исследователи перешли к поиску успешных способов, с помощью которых некоторые семьи справляются с дополнительным стрессом и высокими требованиями для воспитания ребенка с умственной отсталостью. Как и в случае взаимодействия с другими стрессорами, отдельные члены семьи и вся семья в целом могут испытывать на себе как негативное, так и позитивное влияние, как, например, сближается пара, совместно заботящаяся о трудном ребенке (Fidler, Hodapp & Dykens, 2000).

Одним из способов успешной адаптации родителей к ребенку со специальными нуждами является использование социальной поддержки и общественных ресурсов, хотя индивидуальные предпочтения типа поддержки могут быть различными, и поддержка, которая благотворна для матерей, не всегда помогает отцам. Матери чаще предпочитают эмоциональную поддержку, сведения о состоянии ребенка и помощь в уходе за ребенком (D. Bailey, Blasco & Simeonsson, 1992), в то время как отцов интересуют способы получения материальной поддержки для воспитания ребенка с умственной отсталостью (Price-Bonham & Addison, 1978). Матери часто обеспокоены тем, как воспитание ребенка с умственной отсталостью может отразиться на их взаимоотношениях с мужем, и тем, какие ограничения воспитание ребенка может наложить на их роль в семье, в то время как отцов тревожит то, что они не чувствуют

свою близость к ребенку или не ощущают себя вознагражденными им (Krauss, 1993). Таким образом, матери и отцы имеют различное представление и отношение к ребенку с умственной отсталостью, считают стрессовыми разные аспекты воспитания ребенка, а снижающими стресс — различные факторы (Weinger, 1999).

Понимание социального и самостоятельного функционирования молодых людей с синдромом Дауна помогло нам осознать и те факторы, которые влияют на их адаптацию к общественной жизни. Неудивительно, что раннее когнитивное развитие является важным фактором прогресса в развитии и самостоятельности этих детей, что ясно видно в таких областях, как речь (Sloper & Turner, 1996). Однако семейные факторы также очень важны, особенно стратегии матери в управлении проблемами ребенка и уровень социальной поддержки, которую получает семья.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Подход, разделяющий умственную отсталость на два вида, подчеркивает важные этиологические различия между органическими и культурно-семейными причинами умственной отсталости.
- К виду органической умственной отсталости относятся генетические и конституциональные факторы, такие как хромосомные аномалии, моногенные аномалии и нейробиологическое влияние.
- Предполагаемыми причинами культурно-семейной умственной отсталости являются неблагоприятное экономическое положение и генетическая наследуемость интеллекта.
- Социальные и психологические причины умственной отсталости заключаются в разнообразных влияниях окружающей среды, а особенно в качестве физической и эмоциональной заботы о ребенке и стимулирования ребенка на стадии младенчества и раннего детства.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ, ОБУЧЕНИЕ И ТЕРАПИЯ

*Мы просим за тех, кто не может просить за себя.
Девиз Хайгейта, первого общественного учреждения для людей, страдающих умственной отсталостью, созданного в Лондоне в октябре 1847 года.*

Обращаясь к рассмотрению методов терапии детей с умственной отсталостью, представьте на миг,

что вы собираетесь применять ваши знания психологических и образовательных методов терапии для того, чтобы помочь ребенку, такому как Ванесса или Мэттью. Начнете ли вы с поведенческих проблем Мэттью и попытаетесь сначала взять под контроль их, а затем научить его другим навыкам? Большую ли пользу получит Ванесса от индивидуализованного обучения, акцентирующего постепенное овладение речью и навыками самообслуживания?

Как в случае с расстройствами, которые мы уже обсуждали, такими как гиперкинетическое расстройство с синдромом дефицита внимания и некоторые типы поведенческих расстройств, основные проблемы — в данном случае умственная отсталость и ограниченные адаптивные способности — являются хроническими состояниями, которые накладывают ограничения на многие важные области развития. Следовательно, требуется создавать программы, отвечающие уровню образования и развития каждого конкретного ребенка даже чаще, чем, скажем, терапевтические программы для детей с поведенческими проблемами или проблемами с тревожностью. Полезно будет начать изучение задачи с обзора основных характеристик окружающей среды и индивидуальных характеристик, которые могут повысить риск возникновения проблем адаптации или служить защитой ребенка от подобных проблем. На рис. 9.5 отражены эти основные факторы.

Как вы можете видеть, общая адаптация ребенка зависит от участия родителей, ресурсов семьи и социальной поддержки (со стороны окружающей среды) в сочетании с его собственными уровнем интеллектуального функционирования, исходным темпераментом и специфическими недостатками (со стороны индивидуальности). Можно разработать терапию, направленную на укрепление имеющихся ресурсов ребенка и на усиление стремления развить определенные навыки или способность к научению. Другими словами, не обязательно фокусировать свое внимание на том, чего ребенку не хватает, его, скорее, надо направлять на поиск обучающих и терапевтических методов, наиболее соответствующих уровню развития ребенка и его способностям достигать реалистичных, практических целей. Таким образом, терапия и образование детей с умственной отсталостью включает в себя многокомпонентную, интегрированную стратегию, определяющую потребности ребенка в контексте его индивидуального развития, условий его семьи или учреждения и его общества.

В некоторых случаях умственную отсталость можно предотвратить или смягчить, если будут приняты надлежащие меры предосторожности. По этой причине мы начинаем раздел с обсуждения видов деятельности по охране здоровья, заключающихся в обучении родителей и пренатальном скрининге. Эти методики, введенные во многих обществах, разработаны для информирования родителей о надлежащей гигиене беременности, о возможном риске и для определения аномального развития плода. Затем мы перейдем к психосоциальным методам терапии для детей с умственной отсталостью и для их семей. Эти

Характеристики окружающей среды

Индивидуальные характеристики

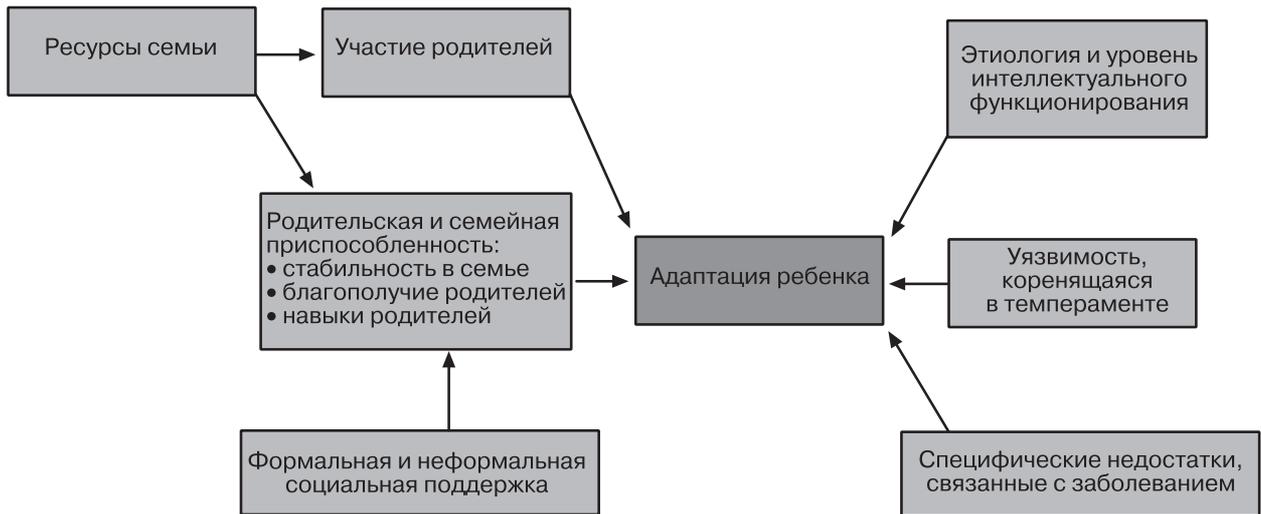


Рис. 9.5. Факторы, влияющие на психологическую адаптацию детей с нарушениями интеллекта (адаптировано из Lancharite, Boutet & Proulx, 1995).

методы стали неотъемлемой частью многих терапевтических и обучающих программ. В целом терапия фокусируется на обучении ребенка базовым навыкам и способностям, (таким как речь, самообслуживание и гигиена) и социальным навыкам, а также на обучении родителей и обеспечении поддержки родителям и попечителям.

Психофармакологические средства для детей и взрослых с умственной отсталостью сейчас применяются очень ограниченно (Matson et al., 2000). Эффективности использования подобных препаратов в данной группе препятствовали представления как специалистов, так и общества, что психотропные средства используются для *контролирования* поведения. Эта точка зрения исторически сложилась из-за неудачного, неоправданного применения данных средств, и их побочного эффекта (М. Н. Lewis, Aman, Gadow, Schroeder & Thompson, 1996). Хотя за последние десять лет появилось много новых классов препаратов, снижающих нежелательный побочный эффект, влияние этих препаратов на людей с умственной отсталостью не было систематически изучено. Однако в некоторых случаях медикаментозная терапия приносит большую пользу. Как и при других расстройствах детского возраста, психофармакологические средства могут быть направлены на желаемые изменения в специфических паттернах поведения, таких как компульсии, агрессия или аутоагрессия, а не на избавление от самого расстройства, лежащего в их основе (М. Н. Lewis et al., 1996). Детям, страдающим умственной отсталостью в сочетании с гипердинамическим расстройством и синдромом дефицита внимания, часто помогают флюоксетин (Prozac) или метилфенидат (Ritalin), хотя первое средство следует принимать под контролем врача из-за возможных

побочных эффектов в виде сонливости, головокружения и анорексии (Aman, Kern, Osborne & Tumuluru, 1997).

Обучение родителей и пренатальный скрининг

Во время пренатального развития имеется, быть может, лучшая возможность обеспечить появление здорового ребенка (Devlin et al., 1997). Хотя не все формы умственной отсталости можно предупредить пренатально, многих изнуряющих форм отсталости, например, тех, которые связаны с алкогольным синдромом плода, отравлением свинцом или с краснухой, можно легко избежать, если принять надлежащие меры предосторожности.

Можно охватить куда большее число детей, если обучение родителей и забота о здоровье детей будут направлены не только на избежание специфического риска, но также и на обеспечение надлежащего ухода за ребенком, особенно в первые два года жизни (Olds, Henderson & Kitzman, 1994).

Не так давно беременная женщина до родов всего лишь несколько раз посещала своего доктора, возможно, дополнительные знания приобретала из книг или от членов семьи. Внимание тогда было сконцентрировано в основном на медицинских аспектах беременности, практически не было возможности обсудить, что значит — растить ребенка и подготовиться к дополнительным трудностям и стрессу, с которыми связано его воспитание.

Сегодня практически в каждом обществе разработаны пренатальные программы для родителей, и многие отцы принимают в них участие. Эти программы,

зачастую проводимые медицинскими сестрами общественного здравоохранения, общественными учебными учреждениями, церквями и другими общественными организациями, в значительной мере заполнили пробел между базовой медицинской помощью и помощью педиатров, предоставляя знания, в которых родители нуждаются до появления ребенка. Родителей информируют о различных периодах пренатального развития, предостерегают от использования алкоголя, табака, не прописанных лекарств и кофеина во время беременности. Описывается стресс рождения ребенка и постнатальной адаптации, что дает родителям возможность обдумать, какая дополнительная помощь может им потребоваться, и что им следует изменить, чтобы быть уверенными в здоровье и безопасности ребенка. Во многие программы включено и обсуждение детей со специальными потребностями, так что родители не оставляют наедине с чувством смущения и одиночества (Ramey et al., 2000).

Возрастает внимание к культурным различиям при распространении подобных программ обучения родителей. Соответствующим образом тактично обсуждается культурная база слушателей (Coates & Vietze, 1996). Теперь мы знаем, что члены семьи делают выбор, основываясь на культурных влияниях. Чтобы приносить большую пользу, пренатальные и постнатальные программы должны быть *тактичными и разнообразными в культурном плане*.

Для соответствия этим целям требуется совместная работа с неформальными структурами, осуществляющими помощь и поддержку, такими как церкви, общественные и духовные лидеры, общественные организации, с использованием методов, расширяющих сферу самоопределения (Issaacs & Benjamin, 1991). Пренатальные программы все больше и больше отходят от установленного учебного плана и модифицируются, чтобы лучше соответствовать каждой отдельной культурной группе, каждому обществу, — например, обеспечивая информацией о способах получения медицинской помощи и помощи служб семьи людей с ограниченными возможностями передвижения, с ограниченными доходами и так далее.

Пренатальный скрининг является особой формой генетического скрининга, используемой для определения наличия или отсутствия у плода некоторых генетических аномалий, таких как синдром Дауна, которые могут привести к тяжелой инвалидности. Ультразвуковое сканирование может определить многие состояния, связанные с физическими дефектами, а исследование амниотической жидкости во время развития плода дает возможность установить пренатальный диагноз хромосомных аномалий и генетических заболеваний, определяемых на уровне ДНК (Cooley & Graham, 1991). В следующем десятилетии ожидается значительный прогресс в области генетического скрининга (Simonoff et al., 1996), который обеспечит большую точность генетического консультирования. Но сначала должны быть разработаны этические и практические нормы, поскольку существует фундаментальное различие между использованием генетической информации для предотвращения расстройства или заболевания и изменением генетического материала для получения же-

лательных (и для избавления от нежелательных) личностных особенностей (Sutton, 1995).

Психосоциальная терапия

Первый психосоциальный терапевтический подход, который мы рассмотрим, заключается в интенсивных, широкомасштабных работах служб раннего вмешательства для семей с маленькими детьми. Эти службы были организованы для снижения факторов риска и обеспечения здорового развития ребенка. Хотя учреждение их потребовало больших затрат, эти службы доказали свою значительную пользу для детей и их семей в течение длительного срока и достигли большего, чем только сокращение числа интеллектуальных нарушений. Затем мы подробно разберем существующие обучающие и терапевтические методы, успешно помогавшие детям с различными уровнями умственной отсталости. Мы обсудим применение бихевиористского, когнитивно-бихевиористского и семейно-ориентированного вмешательства, подчеркнув задачу интеграции известных терапевтических подходов, которая является наилучшим способом удовлетворения различных потребностей этих детей.

В качестве прелюдии к обсуждению психосоциальных терапевтических подходов мы обратим ваше внимание на важность организаций на общественной основе, которые предлагают людям с нарушениями выбор пути для развития своих межличностных и практических навыков, а также уверенности в себе. Например, исследование, в котором принимали участие более 100 атлетов, участвовавших в Специальных Олимпийских играх в Австрии в 1993 году, показало, что атлеты более позитивно относятся к себе и имеют более высокие показатели социальной компетентности, чем контрольная группа (Dykens & Cohen, 1996).

Раннее вмешательство. Более 25 лет одним из наиболее многообещающих методов улучшения интеллектуальных и социальных навыков маленьких детей с нарушениями развития, включая детей с умственной отсталостью, нарушением способности к обучению и недостатком стимулирующего окружения, являлось как можно более раннее вовлечение попечителей и других взрослых в интенсивную, сосредоточенную на ребенке деятельность. Многих из этих детей можно было описать как не имеющих благоприятных условий или подвергающихся высокому риску, подобные же термины относились к семейным условиям (например: низкий уровень дохода, недостаточная медицинская помощь, плохие жилищные условия), характеристикам ребенка (например: низкий IQ, низкие адаптивные способности, физические нарушения или проблемы со здоровьем) или к тому, и к другому (Ramey, Mulvihill & Ramey, 1996). Раннее обучающее вмешательство состоит из систематических попыток обеспечить детей с высоким риском заболевания дополнительным образовательным опытом до того, как они пойдут в школу и зачастую включает в процесс другую семью и детские учреждения.

Одним из наиболее успешных примеров раннего образовательного вмешательства является проект, разработанный Каролиной Абеседариан (Carolina

Abecedarian) (F. A. Campbell & Ramey, 1995). Вмешательство предлагается детям из бедных семей. Им обеспечивается «обогащенная» окружающая среда с самого младенчества и до школьного возраста.

Результаты показывают, что к двухлетнему возрасту тестовые показатели детей, находившихся в обогащенной окружающей среде, уже становились выше, чем у детей в контрольной группе, и оставались выше на 5 единиц в пятнадцатилетнем возрасте, спустя 10 лет после завершения программы. К пятнадцати годам члены терапевтической группы в меньшем числе случаев дали показатели легкой умственной отсталости или нижней границы нормального интеллектуального функционирования. Терапевтическая группа также опередила контрольную группу по академической успеваемости за 10 лет обучения в школе, и по письму, и по математике, и дети из нее реже оставались на второй год и реже посещали классы специального образования (Ramey et al., 1999; Ramey et al., 2000).

Судя по этому исследованию и подобным ему, оптимальное время вмешательства — дошкольные годы (Ramey et al., 1996). Ранние образовательные программы, подобные проекту Абеседариан, имеют большое значение для исследования влияния окружающей среды на умственную отсталость, так как в них принимают участие дети из социально неблагоприятных слоев, имеющие куда более высокий риск возникновения умственной отсталости. Хотя эффективность программы не ставится под сомнение, сохранение ее результатов зависит от стабильности и продолжительности изменений окружающей среды, поддерживающих здоровое детское развитие.

К. Т. Рами (C. T. Ramey) и С. Л. Рами (S. L. Ramey) (1992) предложили набор практических рекомендаций по повышению качества жизни детей путем раннего вмешательства:

- *Поощрение исследования.* Взрослые поощряют детей исследовать окружающий их мир, собирать информацию о нем.
- *Руководство в основных навыках.* Знакомый детям взрослый, которому они доверяют, обучает их базовым когнитивным навыкам, таким как называние предметов, сортировка их, соблюдение последовательности и сравнение.
- *Празднование успехов в развитии.* Члены семьи и другие люди, знающие ребенка, отмечают и подкрепляют наградой каждое из достижений ребенка.
- *Направляемое повторение и овладение новыми навыками.* Ответственные за ребенка люди помогают ему повторять и расширять новоприобретенные навыки.
- *Избежание вредных проявлений неодобрения, насмешек или наказания.* Используются конструктивный критицизм и негативные последствия неприемлемого поведения.
- *Богатая и отзывчивая речевая среда.* Взрослые обеспечивают ребенку предсказуемую и понятную среду для коммуникации: для передачи информации, выполнения социальных заказов и обучения новому материалу и новым навыкам.

Мать Дэна, исходя из собственного опыта, предложила некоторые дополнительные идеи:

Используйте творческий подход. Он (Дэн) учится посредством повторения, так что чем ближе вы будете следовать «домашней» системе и координировать программы всех классов, тем проще будет учиться ему и другим студентам. Он может запомнить названия предметов, которых касается в научной лаборатории. Он может выучить историю по книге, взятой им из библиотеки. Используйте планы уроков, чтобы осветить предмет со всех сторон.

Бихевиористские методы лечения. Как было замечено выше, много лет единственным способом решения проблем, которые представляют собой люди с умственной отсталостью, была их изоляция от общества путем помещения в лечебное учреждение или в отдельную школу. Такая практика сокращала их способность взаимодействовать с нормально развивающимися сверстниками. Бихевиористская терапия впервые появилась в условиях тех строгих ограничений и изначально рассматривалась как средство контроля или перенаправления негативного поведения, например агрессии или аутоагрессии.

Благодаря стараниям обеспокоенных бихевиористов были разработаны основные принципы, касающиеся применения бихевиористских методов по отношению к детям и другим людям, не способным дать полностью осознанное согласие. Специальная комиссия Ассоциации бихевиористского анализа поставила условие, что каждый человек имеет право на наименее ограничивающую эффективную терапию, равно как и право на терапию, результатом которой являются безопасные и значимые изменения поведения (Van Houten et al., 1988). Эти старания, в сочетании с усилиями родителей и педагогов, перенесли акцент на применение позитивных методов обучения базовым академическим и социальным навыкам в академических и общественных условиях для помощи детям и подросткам с умственной отсталостью адаптироваться наиболее приемлемым образом.

План терапии Ванессы является типичным образцом успешного применения нескольких бихевиористских методов. Речевой тренинг часто считается фундаментальной стартовой позицией для обучения детей с умственной отсталостью навыкам следующей ступени, а бихевиористские методы очень хорошо подходят для этой цели (Matson & Coe, 1991). План, разработанный для Ванессы, предлагает практический пример использования этих методов (описано на Morris, 1978).

Ванесса принимала участие в индивидуальных терапевтических сеансах, на которых она получала поощрение (в виде пищи и похвалы) за копирование звуков, издаваемых терапевтом. Терапевт, проводивший речевой тренинг, использовал процедуру *формирования*, которая началась с формирования списка реакций («ge», «ga», «oh»), которые все бо-

лее и более походили на требуемую реакцию (в данном случае это слово «go» (идти)). После того как Ванесса отработала первый звук, ей давалось поощрение только за попытку произнести следующий звук в списке, и так далее, пока постепенно не сформируется желаемый звук или слово.

Затем, чтобы ее звуки и одиночные слова превратились в функциональную речь, терапевт учил Ванессу называть, что изображено на показываемых ей картинках. Если она называла, что изображено на картинке, — например «пёс» — в течение нескольких секунд, она получала социальное поощрение и, при необходимости, материальную награду в виде конфеты. Когда Ванесса немного научилась называть изображения на картинках, терапевт начал использовать некоторые из изученных слов в качестве ответов на предлагаемые им вопросы, например «Что это?» Через некоторое время на терапевтические сеансы стали приходить родители Ванессы, чтобы задавать ей подобные вопросы и поощрять использование функциональной речи. По мере того как ее речь развивалась, вводились новые слова и предложения — такие, которые могли наиболее часто требоваться Ванессе дома, в кафе, в гостях, чтобы попросить разрешения воспользоваться ванной.

Поведение Ванессы во время еды также представляло значительные проблемы для ее родителей. Ей было сложно подцепить еду ложкой или вилкой, поэтому ее родителей научили, как использовать простые *методы моделирования и постепенного руководства*. Показав девочке, как следует держать ложку, они должны были показать ей, как поднимать с тарелки еду и доносить ее до рта. Они тщательно демонстрировали все шаги, от окунания ложки в суп до помещения ее в рот, каждый раз хваля Ванессу за попытки. Как было оговорено, родители направляли ее руку, чтобы показать, как выполняется каждый шаг.

К несчастью, без всякого предупреждения Ванесса иногда бросала или выплевывала свою еду, поэтому ее родителей научили, как следует реагировать на подобные вспышки. Первая их попытка справиться с этой проблемой заключалась в отодвигании еды секунд на тридцать. Если девочка не успокаивалась или же становилась более агрессивной, они использовали отмену поощрения в связи с выходом за рамки времени. Они произносили короткую фразу («Не бросай еду!») и объясняли ей, почему ее время истекло. Без церемоний родители разворачивали ее стул к углу примерно на минуту. При первых признаках нормализации поведения они поворачивали Ванессу лицом к себе и возвращались к позитивным методам обучения ее самостоятельному питанию.

Кроме тренировки базовых навыков для овладения речью и готовности к научению, многие старшие дети и подростки с умственной отсталостью получают пользу от специфического тренинга социальных навыков, который обеспечивает их интеграцию в обычные классы и иные совместные виды деятельности. Как было замечено ранее, у людей с умственной отсталостью бывает различная степень затруднений в коммуникации, самоконтроле, управлении гневом, правильном распознавании и назывании чувств других, решении социальных проблем и множество других межличностных ограничений (Matson & Hammer, 1996).

Подстраиваемый под потребности каждого человека *тренинг социальных навыков* использует стратегии позитивного подкрепления для обучения и вознаграждения таких важных навыков межличностного общения, как улыбка, готовность делиться, просьба о помощи, умение помочь другому, занять место в очереди, следовать какому-либо направлению и решать проблемы (McEvoy, Shores, Wehlby, Johnson & Fox, 1990). Сверстники умственно отсталых детей, не имеющие нарушений, могут быть обучены способам увеличения возможностей социального взаимодействия с умственно отсталыми детьми. Этот метод называется вмешательством в социальную сеть. Он значительно повышает количество и качество взаимодействий между детьми с нарушениями и их нормальными сверстниками и способствует возникновению дружбы (Haring & Breen, 1992).

Когнитивно-бихевиористская терапия. В основном те же теории, которые привели к развитию техник когнитивной терапии для детей с другими типами поведенческих проблем и проблем с научением, применяются и к детям с умственной отсталостью. Эти методы наиболее эффективны для детей, которые владеют рецептивной и экспрессивной речью в той степени, которой достигла Ванесса после осторожной и длительной тренировки через использование визуальных и физических напоминаний. Когда дети способны следовать вербальным командам взрослого и вербально описывать свои действия, они могут получить пользу от *вербальных программ саморегуляции* (Whitman, Scherzinger & Sommer, 1991). **Тренинг самоинструктирования** наиболее полезен для тех детей, которые немного овладели речью, но еще испытывают затруднения в понимании указаний и следований им. Тренинг самоинструктирования дается терапевтом или педагогом и обучает детей использовать вербальные сигналы для переработки информации, чтобы не отвлекаться от выполнения задачи («Я не собираюсь смотреть в сторону. Я собираюсь продолжать работу») и для напоминания себе, как подойти к решению следующей задачи («Что мне тут надо сделать? Во-первых...»).

Образование детей с умственной отсталостью столкнулось с печальной проблемой, что хотя такого ребенка можно обучить специфическим когнитивным навыкам, дети зачастую испытывают недостаток способностей высшего порядка (метакогнитивных), чтобы применить эти навыки в новых ситуациях. Дети с умственной отсталостью используют более простые и пассивные когнитивные стратегии запоминания и изучения проблемных ситуаций, и число этих стратегий у них меньше, чем у детей без нарушений (Butterfield & Ferretti, 1987). Поэтому методы инструктирования, разработанные для помощи среднему ученику или ученику ниже среднего уровня, зачастую неэффективны.

К этой проблеме добавляется то, что при обучении бихевиористским и когнитивным навыкам упор делается на вербальную инструкцию как для нормальных детей, так и для детей с нарушениями. Из-за проблем с речью техники вербального инструктирования иногда приходится заменять методами, использующими наиболее сильные каналы научения конкретного ре-

бенка. Подобные методы менее полагаются на вербальное, символическое представление, а больше — на перцептивные, визуально ориентированные техники, такие как моделирование и предъявление карточек.

Для улучшения памяти и научения могут быть также использованы специфические техники научения. **Метакогнитивный тренинг** (также известный как исполнительный функциональный тренинг) расширил ценность специфических навыков управления собой, скоординировав эти навыки в учебной ситуации. Например, осваивая разнообразные базовые математические навыки, студенты учатся определять тип математической задачи, с которой они сталкиваются, а затем — выбирать подходящую стратегию для решения задачи. Цель подобного тренинга состоит в том, чтобы, во-первых, научить детей быть стратегами — использовать когнитивные стратегии, — а затем быть метастратегми — распознавать случаи применения различных стратегий в различных ситуациях (Whitman et al., 1991).

Стратегии, ориентированные на семью. Присутствие в семье ребенка с умственной отсталостью — серьезная, но не непреодолимая проблема. Семья играет центральную роль в развитии любого ребенка, но в тех семьях, где ребенок страдает умственной отсталостью, уход за ребенком требует значительно больше времени, энергии, умений (B. L. Baker, 1996). Потребности ребенка часто вынуждают семью участвовать в работе различных общественных служб и образовательных систем, с которыми они до сих пор были незнакомы. Наконец, большинство родителей детей с умственной отсталостью считают, что их ребенок оказывает на семью положительное влияние, хотя семья переживает уровень стресса выше среднего и у родителей наблюдается депрессивный синдром (Fidler et al., 2000; Weinger, 1999). Мнение, что ребенок положительно влияет на семью, обнадеживает, подкрепляя представление, что индивидуальные службы, созданные для ребенка, обычно более эффективны, когда родители принимают в них активное участие (Floyd, Singer, Powers & Costigan, 1996).

Что же именно требуется родителям ребенка с умственной отсталостью для того, чтобы действовать наиболее эффективно? Членам семьи нужна поддержка и руководство, доступ к необходимым службам, хотя бы кратковременный отдых, доступность ориентированной на цель консультации, для того чтобы быть в состоянии справиться с практическими трудностями, с которыми они могут столкнуться: жесткие требования ухода за ребенком, нарушение сна, раздор в семье, нехватка свободного времени и ограничение социальных возможностей (Floyd et al., 1996).

Кратковременная, сфокусированная на проблеме поведенческая терапия для родителей является одним из наиболее успешных подходов, для того чтобы помочь им справиться с практическими трудностями. Цели терапии каждой отдельной семьи разрабатываются индивидуально; затем родители обеспечиваются решениями, подходящими для их нужд. Например, родители могут обучать навыкам уверенности в себе или техникам управления своим поведением (рас-

смотрены далее). В некоторых случаях для принятия решения требуется дополнительное привлечение педагогов или персонала дневного центра, или неформальных ресурсов: соседей или родственников семьи.

Родительский тренинг широко использовался для помощи родителям детей с умственной отсталостью. В данном случае центром внимания становится приобретение ребенком навыков, а не смягчение поведенческих проблем, как во многих других случаях, когда родители прибегали к помощи тренинга (B. L. Baker, 1996). Родители обычно хорошо справляются со своей ролью основных педагогов в течение нормального детства, так что родительский тренинг способствует концентрации внимания на подготовке семьи к встрече с каждым новым препятствием.

Проект Portage — показательная программа, которая существует более 30 лет и введена в нескольких странах (Cora, Lucinski, Olsen & Wollenburg, 1999). Дети, страдающие умственной отсталостью, от младенчества до 6 лет обучаются дома, родителями. Терапевт еженедельно посещает семью на дому, обеспечивает обратную связь, оценивает результаты и моделирует способы обучения новым паттернам поведения. Программа состоит из ряда паттернов поведения в пяти областях навыков: когнитивной, речевой, самообслуживания, моторных навыков и социализации. Поскольку каждый из этих навыков разбит на маленькие дискретные шаги, программа относительно проста в изучении и применении, также одновременно повышается компетенция ребенка и компетенция родителей.

Существует три критических, хотя не исключительных, периода в жизненном цикле семьи, во время которых родительский тренинг и семейное консультирование наиболее благоприятны. Первый период захватывает младенчество и раннее детство ребенка, когда родители сталкиваются с нарушениями у ребенка, и им может потребоваться помощь в изучении способов обеспечения адекватной стимуляции раннего формирования речи и сходных навыков развития. Второй критический период наступает в дошкольные и школьные годы, когда родители часто желают узнать, какой способ обучения их ребенка базовым академическим и социальным навыкам будет наилучшим. Интенсивные программы, отнимающие значительную часть времени родителей, обычно лучше подходят в дошкольном возрасте, когда семья наиболее сосредоточена на вопросах развития ребенка (C. E. Cunningham, Bremner & Secord-Gilbert, 1993). Наконец, беспокойство родителей вновь усиливается во время вступления ребенка во взрослую жизнь. В этом возрасте ребенок уже не ходит в школу, и встают новые вопросы о его жилье, занятости, отношениях и финансовых планах, связанные с самостоятельной жизнью (B. L. Baker, 1996).

Некоторые дети и подростки с умственной отсталостью живут в **постоянных центрах помощи**, жилых центрах, берущих на себя ответственность и функции членов семьи. Постоянные центры помощи трудно назвать полноценным замещением семейной любви и внимания, хотя в некоторых обстоятельствах они могут быть необходимы и полезны, например при агрессивном поведении ре-

бенка или при потребности в специализированном речевом тренинге или выработке социальных навыков, которые не могут быть обеспечены ни дома, ни в условиях школы. Постоянный центр помощи может быть дневным стационаром, тогда ребенок возвращается домой каждый вечер и на каждые выходные, или же закрытым стационаром, и в этом случае визиты домой более редки. Некоторые из постоянных центров помощи могут обслуживать лишь несколько детей одновременно, напоминая собой большой дом, а другие могут быть огромными, многопрофильными комплексами, обслуживающими людей всех возрастов с различными нарушениями.

Результаты исследований показали, что независимо от структуры программы постоянной помощи, вовлечение семьи играет решающую роль в адаптации детей к подобным условиям и извлечении из этого пользы. Центры, предлагающие способы вовлечения родителей в свою деятельность, например посещения по выходным дням и участие в классных мероприятиях, усиливают привязанность детей, страдающих умственной отсталостью, к своей семье (B. L. Baker & Blacher, 1993).

Живет ли ребенок или подросток, страдающий умственной отсталостью, дома или в постоянном центре помощи, ему нужно посещать обычную школу, по крайней мере часть дня. Движение за включение призывает к интеграции людей с нарушениями в обычные классы, независимо от тяжести нарушения. Это движение по-новому осветило проблему, как воспринимают людей с нарушениями специалисты и сверстники, не страдающие умственной отсталостью, как относятся к ним. Специалисты в сфере психического здоровья, ищущие способы максимально повысить шансы на социальное принятие таких людей, должны отстаивать свою точку зрения в бесчисленных вопросах, возникающих в связи с проблемой интеграции (Kavale & Forness, 2000).

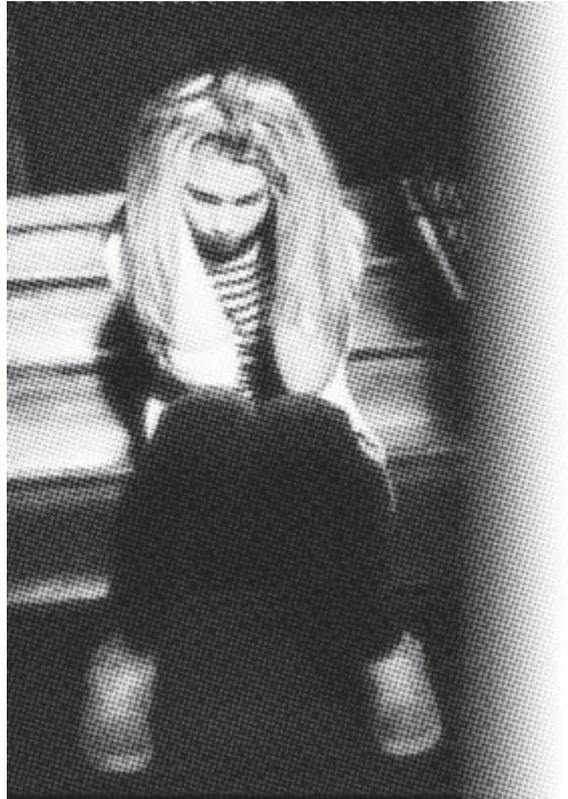
ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Терапевтическое вмешательство является наиболее успешным, когда проходит на раннем этапе развития, особенно в дошкольные годы.
- Терапевтическое вмешательство при умственной отсталости у детей подбирается соответственно индивидуальным потребностям и способностям ребенка и является интегрированным с семьей, школой и обществом.
- В программу успешного вмешательства обычно входят тренинг, основанный на принципах бихевиоризма, и образовательные компоненты, дающие специфические навыки и смягчающие нежелательное поведение.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

- общий интеллект (general intellectual functioning)
- адаптивное функционирование (adaptive functioning)
- легкая умственная отсталость (mild mental retardation)
- умеренная умственная отсталость (moderate mental retardation)
- тяжелая умственная отсталость (severe mental retardation)
- глубокая умственная отсталость (profound mental retardation)
- полемика сторонников теории развития и сторонников теории различий (developmental versus difference controversy)
- теория различий (difference viewpoint)
- аутоагрессивное поведение (self-injurious behavior)
- органический вид (organic group)
- культурно-семейный вид (cultural-familial group)
- генотип (genotype)
- фенотип (phenotype)
- наследуемость (heritability)
- синдром Дауна (Down syndrome)
- нерасхождение хромосом (nondisjunction)
- синдром ломкой X-хромосомы (fragile-X syndrome)
- синдром Прадера–Вилли (Prader–Willi syndrome)
- синдром Энгельмана (Angelman syndrome)
- алкогольный синдром плода (fetal alcohol syndrome)
- тренинг самоинструктирования (self-instructional training)
- метакогнитивный тренинг (metacognitive training)
- постоянный центр помощи (residential care)

Глава 10
**АУТИЗМ
И ДЕТСКАЯ
ШИЗОФРЕНИЯ**



АУТИЗМ

Она не только не понимала речь, казалось, она вообще не воспринимала окружающую действительность. Она была не в состоянии уяснить, как устроены вещи: как ключ входит в замочную скважину, почему лапка гаснет, когда нажимаешь на выключатель, зачем молоко хранится в холодильнике... Если она и могла сосредоточиться на чем-то, то это оказывалось мельчайшей частичкой пыли или волоском, который она поднимала с ковра, чтобы изучить его и сконцентрировать на нем все свое внимание. Но что самое ужасное, казалось, она была совершенно невосприимчива к чувствам людей.

(Maurice, 1993a, стр. 32–33).

Так рассказывает мать о болезни своей двухлетней дочери. Ее красноречивое описание послужит для нас началом проникновения в тайну аутизма, пожалуй, наиболее поразительного и ярко выраженного среди детских недугов. **Аутическое расстройство (Autistic disorder)**, или **аутизм**, является тяжелой формой патологии развития, характеризующейся нарушениями социальных, коммуникативных и речевых функций, а также наличием нетипичных интересов и форм поведения. Аутизм влияет на все виды взаимодействий ребенка с окружающим миром и проявляется в поражении многих участков мозга, разрушая те самые функции, которые и делают нас людьми — реакции на воздействие социума, способность к коммуникации и чувства, которые мы выражаем другим людям.

ОПИСАНИЕ АУТИЗМА И ИСТОРИЯ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ

Представьте, что вы мать или отец ребенка, который не хочет прижаться к вам, заглянуть в ваши глаза, и не отвечает на ваши чувства и ласки. Вам кажется, что у вашего ребенка, в отличие от других детей, не возникает естественного чувства родственной близости в ответ на вашу заботу. Более того, кажется, он вовсе не способен к установлению отношений и общению с окружающими. Он взрослеет, но практически не разговаривает, а когда он все же начинает говорить, его речь поражает вас своей странностью; он, словно эхо, повторяет ваши слова, с которыми вы к нему обращаетесь, или вдруг выкрикивает бессмысленные фразы типа «динозавры не плачут».

Ваш ребенок никогда не использует мимики и жестов, чтобы сообщить о своих желаниях или поделиться с вами своими чувствами; он никогда не улыбнется, не кивнет вам в знак согласия и не покачает отрицательно головой, никогда не принесет показать вам свою новую игрушку. Кажется, он не за-

мечает улыбок на вашем лице и на лицах других людей, когда вы пытаетесь с ним общаться. У него не возникает естественного желания выразить окружающим свое чувство гордости или удовольствия. В течение первых лет своей жизни он становится все более одиноким и замыкается в маленьком мире своих интересов и ритуалов, малейшее нарушение которых вызывает у него истерику. Вы видите, что с вашим ребенком происходит что-то неладное.

Аутизм является одним из тяжелых нарушений развития (**ГНР (pervasive developmental disorders PDDs)**), которое характеризуется серьезными недостатками социальных и коммуникативных навыков, а также стереотипными интересами и паттернами поведения (D. J. Cohen & Volkmar, 1997; S. L. Harris, 2000). Большая часть данной главы будет посвящена аутизму как наиболее распространенному и изученному из ГНР (AACAP, 1999). Далее будут кратко описаны другие тяжелые нарушения развития, которым в последнее время уделяется все большее внимание. Мы закончим главу описанием детской *шизофрении (childhood-onset schizophrenia)*, хотя данная форма патологии и не относится к ГНР. На протяжении почти всего XX столетия аутизм и шизофрению считали одной формой психической патологии, однако сейчас нам известно, что они представляют собой различные расстройства.

Аутизм был описан в 1943 году психиатром Лео Каннером (Leo Kanner), когда он наблюдал за 11-ю детьми, которые в течение первых лет своей жизни полностью замкнулись в себе. Они не воспринимали других людей, избегали зрительного контакта, не проявляли ни малейшего понимания социальной стороны жизни, частично или полностью не могли овладеть речью и постоянно повторяли одни и те же стереотипные движения. Для этих детей также были характерны персеверации, когда ребенок проявляет болезненно маниакальную настойчивость, требуя, чтобы каждый раз в неизменном виде воспроизводились его любимые ритуалы и занятия, нарушить которые не может никто, кроме него самого. Родители описывают таких детей как «замкнувшихся в своей скорлупе» или как «одиноких волчат», которые «не замечают ничего вокруг» и «ведут себя так, словно рядом с ними никого нет» (Kanner, 1943, стр. 242).

Каннер (1943, 1944) назвал наблюдаемое им расстройство *ранним инфантильным аутизмом (early infantile autism)* (слово аутизм буквально означает «внутри себя»). Он определил основную черту аутизма как «проявляющуюся с самого начала жизни неспособность детей соотносить себя обычным образом с людьми и ситуациями» (1943, стр. 242). По словам Каннера, для этих детей характерно «крайнее аутическое одиночество», заставляющее их замыкаться в себе, игнорировать внешний мир и отвергать все, что от него исходит (стр. 242). Принимая во внимание ранний возраст, в котором наступает заболевание, Каннер пришел к выводу, что причиной аутизма является *врожденная* неспособность к установлению близких отношений с другими людьми.

Каннер описал родителей исследуемых им детей как педантичных интеллектуалов — холодных и от-

страненных в отношениях с другими людьми. Он назвал их «замороженными родителями» (refrigerator parents). И хотя Каннер был уверен, что аутизм является врожденным расстройством, он также подготовил почву для теории, согласно которой «ключевым фактором, способствующим развитию инфантильного аутизма, является желание родителей, чтобы их ребенок вовсе не появлялся на свет» (Bettleheim, 1967, стр. 125). Однако первоначальное предположение о том, что характерный для аутизма уход в себя является защитной реакцией ребенка на холодный интеллектуализм и враждебность родителей, не получило поддержки со стороны других исследователей (Rutter, 1999). Дети, страдающие аутизмом, не уходят от реальности вследствие своего психического расстройства — скорее, они не могут войти в нее в силу обширных и тяжелых нарушений индивидуального развития (Rutter, 1991a). Пользуясь словами Клары Кларк (Clara Clark), матери ребенка, страдающего аутизмом: «Поведение аутичного ребенка нельзя назвать уходом от мира, потому что он с самого начала никогда ему не принадлежал» (Adler, 1994, стр. 248). В настоящее время аутизм рассматривается как биологически обусловленное хроническое нарушение развития (lifelong developmental disability), проявляющееся в первые годы жизни ребенка (Rutter, 2000a).

Джей: Ненормальный, знающий о том, что он ненормальный

Мой восьмилетний сын страдает аутизмом. Аутизм делает человека ненормальным, неприспособленным к миру. Я знаю это. Джей тоже знает это. Он хочет найти выход. «Ты уже нормальный?» — спрашивает он себя, хлопая руками, как крыльями. «Я уже», — поправляю я его. «Я уже нормальный?» — его пронзительный голос становится раздражительным. Его голубые глаза пристально всматриваются в меня. «Нет еще, если ты кричишь, лягаешься и кусаешь людей», — отвечаю я. «Ты хочешь быть нормальным!», — вопит он, валится на пол и молотит ногами по воздуху. «Нормальным, нормальным... Эта программа увидела свет благодаря финансовой поддержке таких телезрителей, как вы. Эта программа увидела свет также при... Стоп. Хватит». Я затыкаю уши и начинаю тихо покачиваться, имитируя его поведение.

Как только Джей просыпается, он тут же вскакивает с постели, бросается к музыкальному центру, надевает наушники и напряженно вслушивается в мелодии «Призрака оперы»*. Если там стоит не «Призрак», а другой диск, он начинает кричать, пинать стол, опрокидывать стулья и пытается ударить всех, кто попадет под руку. Затем он внезапно принимается плакать; в его всхлипываниях слышится бесконечно глубокое, недетское горе. Чуть позже он берется за свои учебники и начинает складывать и вычитать числа или пускается в скрупулезное перечисление вчерашних событий. С трудом контролируя свои движения, он исписывает страницу за страницей похожими на иероглифы

буквами и цифрами. Целыми днями он ищет апострофы, высматривая их на дорожных знаках, на продуктовых пакетах, в книгах. «Это апостроф?» — его тело вздрагивает, а к глазам подступают слезы радости. Но его настоящие друзья — ведущие теленовостей. Он с нетерпением ждет, когда они появятся на экране, а их исчезновение становится для него трагедией. В особых случаях он вставляет в свои разговоры с ними испанские слова. «Завтра вместо Тома Брокко передачу будет вести Джейн Поули. Том, ты что болен? Увидимся Lunes**. Увидимся mañana***, Джейн Поули.» Установленный им порядок является священным. Я не смею покушаться на него (адаптировано из: Swackhamer, 1993).

Дети, страдающие аутизмом, ведут себя странным, непривычным, а нередко и загадочным образом. Они могут визжать от радости, увидев или услышав, как вращаются колеса их игрушечной машинки, и в то же время игнорируют попытки других поиграть с ними, а то и закатывают по этому поводу настоящую истерику. Иногда они смотрят сквозь тебя так, словно ты стеклянный, а в другой раз устаются прямо тебе в глаза или потащат тебя за руку к желаемой цели.

Вы разговариваете с аутичным ребенком, но он не отвечает, ведет себя, словно глухой, и тут же оборачивается, услышав легкий шелест конфетной обертки в соседней комнате.

Многие дети, страдающие аутизмом, боятся и избегают шумных или движущихся предметов — текущей из крана воды, качелей, эскалаторов, игрушек на батарейках и даже ветра. Один ребенок настолько боялся пылесоса, что не мог пройти мимо кладовой, где тот хранился. Когда включали пылесос, он убегал в гараж и закрывал ладонями уши. Тем не менее этот ребенок не обращал никакого внимания на рев машин, мчавшихся мимо него по скоростной автостраде. Хотя дети, больные аутизмом, много боятся, некоторые предметы или занятия могут их особенно привлекать, например вращающийся фен, мигалка. Джем больше всего привлекали телеведущие. У таких детей нередко развиваются необычные привязанности или необъяснимый интерес к отдельным объектам, которыми могут стать резиновые ленты, обрывки наждачной бумаги, ниток, либо, как в случае с Джемом, апострофы.

Ребенок, страдающий аутизмом, может поднять крик и начать бросаться на людей, если кто-то пере-

*Популярный мюзикл Эндрю Ллойда Вебера, поставленный в 1986 году по одноименному роману французского писателя Гастона Леру (1910). Согласно легенде, человек с обезображенным лицом, скрытым под маской, влюбляется в молодую оперную певицу и похищает ее. Существует также несколько кинематографических и театральных версий этого романа. — *Примеч. ред.*

** В понедельник

***завтра

двинул стул в его комнату, или если, как в случае с Джемом, в музыкальном центре стоит «не тот» компакт-диск. Он может часами играть, сидя в углу комнаты, и бесконечно повторять одни и те же движения или действия — покачиваться, выкладывать предметы в ряд, хлопать руками или щелкать пальцами, перелистывая страницы журнала. Такие дети, как правило, не видят целостной картины происходящего, а концентрируют все свое внимание на какой-либо мельчайшей детали предмета или события, относящегося к их собственному миру, как, например, к крохотному пятну на своей рубашке. Если большинство из нас видят высокие деревья, составляющие лес, то внимание ребенка, страдающего аутизмом, скорее всего, будет приковано к сосновой иголке.

Благодаря описаниям взрослых, страдающих аутизмом и отличающихся высоким уровнем развития интеллекта, мы имеем возможность проникнуть во внутренний мир человека, которого с самого раннего детства и на протяжении всей жизни сопровождало это заболевание. Мы познакомимся с реконструкцией личного опыта Джерри — взрослого человека, больного аутизмом, но имеющего нормальный уровень интеллекта.

Джерри: Страх и порядок

По словам Джерри, его детские переживания можно свести к двум основным эмоциональным состояниям: замешательству и ужасу. Через все воспоминания Джерри постоянно проходит одна и та же тема — впечатления человека, оказавшегося в пугающем его мире, обрушивающем на него поток болезненных стимулов, — в мире, который невозможно подчинить своему контролю. Все звуки представляют собой оглушительный шум, а запахи обладают парализующей силой. Кажется, здесь нет ничего постоянного; все шокирует своей непонятностью и непредсказуемостью. Особенно много проблем доставляют одушевленные предметы. Воспоминания о собаках вызывают у Джерри замешательство и дрожь. В детстве он считал их человекоподобными существами, поскольку они могут двигаться по собственной воле. Однако они не были похожи на настоящих людей, и эта загадка не давала ему покоя. Собаки отличались особенной непредсказуемостью: они могли сорваться с места без всякой видимой причины. Джерри до сих пор боится собак

Джерри боялся также других детей, полагая, что они могут как-то причинить ему боль. Он никогда не мог предсказать или объяснить их поведение. О начальной школе Джерри вспоминает с ужасом. Классная комната приводила его в полное замешательство, и ему все время казалось, что с ним может случиться что-то неладное.

Но были также и приятные воспоминания. Джерри любил ходить с матерью в продуктовый магазин, где он мог разглядывать этикетки на консервных

банках и ценники на товарах. Он также помнил, что ему нравилось вертеть предметы в руках, но не мог описать того удовольствия, которое доставляло ему это занятие. В его жизни наступила резкая перемена, когда он в восьмилетнем возрасте открыл для себя таблицу умножения. Джерри отрицал, что арифметика помогла ему внести смысл и порядок в его представления об окружающем мире; он говорил, что ему просто нравились операции с числами. Он также не смог объяснить, почему для него имело такое значение постоянство его ритуалов, сказав только, что это было необходимо. Немаловажно отметить, что вспоминая о своем детстве, он ни словом не обмолвился о своих отношениях с другими членами семьи; казалось, он не придавал этой стороне жизни никакого значения. (Vempograd, 1979).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Аутизм является одним из тяжелых нарушений развития (ГНР), для которых характерны значительные недостатки социальных и коммуникативных навыков, а также стереотипные интересы, занятия и паттерны поведения.
- Аутизм и детскую форму шизофрении ранее считали одним заболеванием, однако сейчас нам известно, что они представляют собой различные расстройства.
- В настоящее время все большее распространение получает взгляд на аутизм как на биологически обусловленное и хроническое нарушение развития, проявляющееся в первые годы жизни ребенка.
- Дети, страдающие аутизмом, ведут себя странным, непривычным, а нередко и загадочным образом.
- Они могут часами воспроизводить одни и те же стереотипные или повторяющиеся действия или концентрировать все свое внимание на мельчайших деталях своего окружения, не воспринимая целостной картины наблюдаемых ими явлений.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АУТИЗМА, СОГЛАСНО ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ И СТАТИСТИЧЕСКОМУ РУКОВОДСТВУ ПО ПСИХИАТРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ (DSM-IV-TR)

Диагностические критерии аутизма, согласно Руководству DSM-IV-TR, перечислены в Табл. 10.1. Помимо основных симптомов заболевания, для по-

становки диагноза «аутизм» необходимо появление задержки развития или возникновение признаков патологического функционирования, проявившихся до трехлетнего возраста и связанных с социальной сферой; с использованием речи в процессе социального взаимодействия; либо со сферой игры, включающей символические игры или игры, требующие участия воображения.

Спектр проявлений аутизма

При слове «аутизм» многие из вас наверняка вспомнят Рэймонда, молодого человека, наделенного энциклопедической памятью и исключительными математическими способностями, образ которого в фильме «Человек дождя» создал известный киноактер Дастин Хоффман, получивший «Оскар» за свою великолепную игру.

Хотя некоторые дети, страдающие аутизмом, и проявляют необыкновенные способности, как Рэймонд, большинство из них подобными талантами не обладают. Аутизм является **спектральным расстройством**. Это означает, что паттерны симптомов заболевания, уровень способностей страдающих им лиц, а также другие характеристики встречаются при аутизме в са-

мых различных комбинациях, а болезнь может иметь различные степени тяжести (Lord, Cook, Leventhal & Amaral, 200). На одном конце спектра мы находим немого ребенка, скорчившегося в углу комнаты и часами вертящего в руках канцелярскую скрепку, а на другом — университетского ученого, имеющего также опыт корпоративной работы на тех должностях, которые не предполагают общения с клиентами.

Дети, страдающие аутизмом, не только значительно отличаются по уровню развития когнитивных, речевых и социальных навыков, но могут также иметь разнообразные отклонения, не относящиеся к аутизму, — чаще всего это умственная отсталость и эпилепсия. Таким образом, дети с диагнозом «аутизм» могут очень сильно отличаться друг от друга. Давайте сравним для примера двух детей, которым был поставлен такой диагноз — Люси и Джона.

Люси: Аутизм на фоне умственной отсталости

Родители Люси настороженно следили за ее развитием с самого первого дня, поскольку беременность и роды были трудными. Роды нача-

Таблица 10.1 Основные диагностические критерии аутизма, согласно Руководству DSM-IV-TR

Для постановки диагноза необходимо наличие, как минимум, шести признаков из разделов (1), (2) и (3), из которых, как минимум, два должны относиться к разделу (1), и, как минимум, по одному — к разделам (2) и (3).

- (1) Качественные нарушения в сфере социальных взаимодействий, характеризующиеся, по крайней мере, двумя из следующих проявлений:
 - (а) Ярко выраженные проблемы при использовании различных форм невербального поведения, таких как: зрительный контакт, мимика, позы и жесты, служащие для регулирования социальных взаимодействий
 - (б) Неспособность устанавливать отношения со сверстниками, соответствующие текущей стадии развития
 - (в) Отсутствие спонтанного желания поделиться своей радостью, интересами или достижениями с другими людьми (ребенок не показывает пальцем на объекты своего интереса, не приносит и не протягивает их)
 - (г) Отсутствие социальной и эмоциональной взаимности
- (2) Качественные нарушения в коммуникативной сфере, характеризующиеся, по крайней мере, одним из следующих проявлений:
 - (а) Задержка или полное отсутствие разговорной речи (не сопровождающаяся попытками компенсировать ее отсутствие с помощью альтернативных модусов коммуникации, таких как мимика и жесты)
 - (б) У лиц с нормальным развитием речи ярко выраженные проблемы, связанные со способностью начинать или поддерживать разговор с другими людьми
 - (в) Стереотипный или повторяющийся характер использования речи или речевая идиосинкразия
 - (г) Отсутствие игр, отличающихся разнообразием форм, проявлением спонтанности и участием воображения, а также отсутствие игр, имитирующих социальные аспекты действительности и соответствующих текущей стадии развития
- (3) Крайне ограниченные, повторяющиеся и стереотипные паттерны поведения, интересы и виды занятий, характеризующиеся, по крайней мере, одним из следующих проявлений:
 - (а) Постоянное предпочтение и полная поглощенность одним или несколькими стереотипными и ограниченными интересами, патологическими по интенсивности и сосредоточенности
 - (б) Неизменное следование специфическим и нефункциональным ритуалам, либо выполнение однообразных рутинных действий
 - (в) Стереотипные и повторяющиеся моторные маннеризмы (в частности, вращение или хлопки руками или пальцами либо сложные телодвижения)
 - (г) Постоянный интерес к определенным деталям или предметам.



Дастин Хоффман и Том Круз в фильме «Человек дождя». Хотя некоторые дети, страдающие аутизмом, действительно отличаются поразительными способностями, как это нередко изображают в фильмах, большинство больных такими способностями не обладают.

лись на три недели раньше срока и длились 23 часа, так что акушерам пришлось использовать щипцы. Новорожденную Люси оживляли с помощью кислородной маски, после чего она провела четыре дня в специальном отделении, где ее лечили от желтухи.

Казалось, не существует такого показателя детского развития, который в случае Люси не вызывал бы беспокойства. Так, ее трудно было кормить, потому что она все время кричала или сосала с такой жадностью, что ее начинало рвать. По ночам проблем было не меньше, чем днем, — Люси приходилось часами успокаивать, а просыпалась она очень рано. Когда ей исполнился год, она едва научилась сидеть прямо и все еще не умела ползать. Семейный врач был уверен, что у Люси наблюдается отставание в развитии. Ползать она начала в 14 месяцев (как правило, это происходит в возрасте 6-ти месяцев), в 19 месяцев научилась подниматься на ноги, держась за мебель (большинство детей начинают делать это в возрасте 12-ти месяцев); развитие других навыков также было крайне замедленным.

К двум годам Люси все еще не умела произносить ни одного слова и не реагировала на попытки родителей играть с ней даже в такие простые игры, как «ку-ку».

В возрасте 30-ти месяцев она начала ходить (большинство детей начинают ходить в 14 месяцев). К этому времени девочка по-прежнему не научилась говорить, она могла лишь издавать странные щелчки кончиком языка и производить нечленораздельные выкрики. Она все еще не обращала никакого внимания на окружающих, в том числе и на собственных родителей, если только они не приносили ей того, что она хотела.

Педиатр предположил, что задержка в развитии может быть связана с тяжелыми родами, и порекомендовал проводить полный медицинский осмотр Люси каждые 12 месяцев.

Любимой игрушкой Люси была сине-красная погремушка, которую она могла трясти или вертеть часами. Как только эта погремушка попадала к ней в руки, Люси приковывала к ней свой взгляд, игнорируя окружающих, но если кто-нибудь пытался отобрать любимую игрушку, девочка начинала кричать и биться головой об пол. Нередко представлять, до какого состояния это доводило родителей ребенка. Люси проявляла особый интерес к запахам: она обнюхивала пищу, игрушки, одежду и, к смущению ее родителей, — людей. Она также любила трогать все руками и нередко начинала гладить колготки на ногах совершенно незнакомых ей женщин. Если ее пытались остановить, она закатывала истерику.

Когда Люси исполнилось четыре года, педиатр выразил опасение, что у девочки аутизм, и направил ее к психологу для тщательного обследования. Диагноз подтвердился и родителям Люси было объявлено, что у их дочери наблюдается общее отставание в развитии. Родители были в шоке, и все же они надеялись, что смогут найти средство лечения, в котором так нуждалась Люси (адаптировано у: Baron-Cohen & Bolton, 1993).

Джон: Аутизм на фоне среднего уровня интеллектуального развития

Беременность и роды у матери Джона протекали нормально. В младенческом возрасте проблем с кормлением и со сном у него тоже не было. Мальчик мог часами лежать в своей колыбели со счастливым и довольным видом. Он научился сидеть без поддержки в шесть месяцев (срок, находящийся в пределах нормы), а вскоре после этого начал ползать. Родители считали Джона самостоятельным и своевольным ребенком, однако бабушке казалось, что он не проявляет достаточного интереса к людям.

Джон научился ходить в возрасте около года (существенная разница по сравнению с Люси, которая не могла ходить до 30-ти месяцев. Однако на втором году жизни обнаружились отставания в развитии. Ребенок издавал разнообразные звуки, но не произносил ни одного слова. Более того, его навыки общения были настолько неразвитыми, что, даже когда Джону исполнилось три года, его мать зачастую не могла понять, чего же хочет ее ребенок (в этом отношении он вел себя, почти как младенец). Иногда он хватал мать за руку и таскал ее к раковине, но ни разу не произнес при этом каких-либо звуков, напоминающих слово «пить».

Кроме того, к этому времени родители Джона начали беспокоиться по поводу его удивительно-

го безразличия к ним. Если он падал и ушибался, то не прибегал к родителям, чтобы они его утешили. Джон никогда не проявлял признаков беспокойства, если его мать уходила и оставляла его со своей дальней родственницей или соседкой. Казалось, кубики интересуют его больше, чем окружающие люди. Он мог часами выкладывать из кубиков фигуру, которая всегда имела одну и ту же форму, а кубики разных цветов всегда располагались в ней в одном и том же порядке.

Порой родителям казалось, что Джон глух, поскольку он не реагировал, когда его звали по имени. В то же время он иногда поворачивал голову на еле слышный звук самолета, пролетавшего над домом. Когда Джону исполнилось три года, родители начали все больше беспокоиться за него, несмотря на заверения их семейного врача, что с Джоном все в порядке. Джон до сих пор не говорил и не проявлял никакого интереса к другим детям. Он не махал рукой на прощание, и на его лице не было заметно никаких признаков радости, когда с ним пытались играть в «ку-ку». Джон всегда уворачивался от объятий матери и, казалось, любил только агрессивную возню с отцом. Мать беспокоилась, думая, что она делает что-то не так, и, отвергнутая собственным ребенком, чувствовала себя виноватой и подавленной.

Когда Джону исполнилось три с половиной года, его направили к детскому психиатру, который сообщил родителям Джона, что у мальчика аутизм, добавив, однако, что Джон успешно справляется с задачами на пространственное воображение (решает пространственные головоломки), что свидетельствует о его нормальном интеллектуальном развитии для своего возраста. Психиатр сказал, что еще рано говорить о том, как ребенок будет развиваться в дальнейшем, но на основании некоторых признаков можно предполагать, что развитие Джона будет более успешным, чем в большинстве случаев детского аутизма. Джона направили в специальную детскую группу и назначили курс речевой терапии. Также были назначены занятия с психологом, посещавшим Джона на дому, с целью помочь родителям найти более тесный контакт с ребенком и научить их успокаивать сына во время истерик.

В четыре года Джон внезапно начал говорить, причем используя полные предложения, однако его речь была крайне необычной. Например, он часто повторял слово в слово фразы, которые произносили его родители. Если они спрашивали его: «Ты хочешь пить?», он отвечал на это: «Хочешь пить». Иногда от него можно было услышать неожиданные реплики. Например, он мог сказать: «Ты меня смешишь», подражая тону голоса друга семьи, который произнес эту фразу несколько дней назад. При этом он использовал подобные фразы, как и большинство других высказываний,

в самый неподходящий момент, так что они казались лишены какого-либо смысла (адаптировано из Baron-Cohen & Bolton, 1993).

Как у Люси, так и у Джона мы можем наблюдать основные признаки аутизма. У обоих детей не сформировались естественные двусторонние взаимоотношения и навыки речевой коммуникации с другими людьми в течение первых лет жизни; для обоих также характерны навязчивые интересы и назойливое повторение одних и тех же действий и занятий. Когда Люси была маленькая, родители говорили про нее, что она «живет, словно под стеклянным колпаком». Такие крайние проявления социальной отчужденности типичны для многих детей, страдающих аутизмом. Джон был более общителен и разговорчив с другими людьми, однако его попытки вступить в контакт с окружающими отличались однообразием и неестественностью. Речевые нарушения Джона менее очевидны, чем его проблемы в общении, и проявляются прежде всего в одностороннем и стереотипном использовании речи. Люси же, в отличие от Джона, обнаруживает серьезные недостатки коммуникативных навыков и большую часть времени практически молчит (Baron-Cohen & Bolton, 1993).

Помимо нарушений речевого развития и навыков социальной коммуникации и для Джона, и для Люси характерны элементы ритуального поведения.

Так, Люси привязывает к ножкам всех стульев в доме обрывки ниток и каждый день проверяет, на месте ли они, а Джон каждый день настаивает на том, чтобы его вели в школу одной и той же дорогой. Оба ребенка также отличаются крайним однообразием интересов: Джон не находит ничего более увлекательного, чем считать фонари, а Люси может смотреть одну и ту же видеокассету по несколько раз подряд, пока родители ее не отберут. И Люси, и Джон могут часами оставаться полностью поглощенными одними и теми же занятиями. Подобная одержимость может повлечь за собой и другие проблемы. Так, оба ребенка начинают истошно кричать, если попытаться внести хотя бы ничтожные изменения в их повседневные занятия (Baron-Cohen & Bolton, 1993).

Хотя у Люси и Джона обнаруживаются общие признаки аутизма, на их примере мы видим, насколько непохожими друг на друга могут быть дети, страдающие этим заболеванием. Данные различия объясняются тремя основными факторами:

- Дети, страдающие аутизмом, могут обладать разным *уровнем интеллектуальных способностей*; от крайней степени умственной отсталости до уровня, значительно превышающего средний. Умственные способности Джона находятся на среднем уровне, тогда как у Люси наблюдается тяжелая форма умственной отсталости. Вследствие интеллектуального дефицита Люси отстает в своем развитии и по всем остальным показателям. В результате, общий низкий уровень функционирования Люси способствует еще большему сужению круга ее интересов,

что приводит к еще большему разнообразию занятий, по сравнению с Джоном.

- Дети, страдающие аутизмом, обнаруживают различные *по степени тяжести речевые расстройства*. Джона можно назвать весьма разговорчивым мальчиком, тогда как Люси является практически немой. Аутизм охватывает весь спектр речевых нарушений между этими двумя крайностями.

- Характер поведения детей, страдающих аутизмом, *меняется с возрастом*. Некоторые дети почти не развиваются, тогда как у других может наблюдаться значительный прогресс речевых навыков; они могут стать и более общительными. Значительное улучшение, скорее всего, может наступить у таких детей, как Джон, который не является умственно отсталым, и овладел речью в раннем возрасте.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Согласно Руководству DSM-IV-TR, аутизм определяется как тяжелая форма патологии, проявляющаяся до трехлетнего возраста и характеризующаяся нарушениями социальных функций, речи и общения, а также наличием нетипичных интересов и форм поведения.

- Аутизм является спектральным расстройством, что означает, что его типичные симптомы и проявления могут встречаться в различных комбинациях и отличаться различной степенью тяжести.

ГЛАВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АУТИЗМА

Несмотря на полувековую историю исследований, среди ученых до сих пор не прекращаются споры о том, какие признаки аутизма являются главными. Поскольку аутизм представляет собой редкое расстройство, имеющее разнообразные формы проявления, он довольно трудно поддается изучению. Сложности исследования аутизма вызваны также взаимосвязанным характером социального, когнитивного, речевого и эмоционального развития в первые годы жизни ребенка. Нарушения любой из этих функций отражаются и на всех остальных областях функционирования. В частности, проблемы в сфере социального развития влекут за собой отставание в речевом развитии, и наоборот.

Аутизм представляет собой не отдельное нарушение, а, скорее, включает в себя несколько расстройств, влияющих на развитие социального взаимодействия, а также на эмоциональное, речевое и когнитивное развитие (Romanczyk, Weiner, Lockshin & Ekdahl, 1999). Поэтому при рассмотрении различных характеристик

аутизма мы должны иметь в виду, что все они являются взаимосвязанными, а не проявляются изолированно друг от друга (Klinger & Dawson, 1996).

Нарушения социального взаимодействия

Дети, страдающие аутизмом, испытывают значительные трудности в общении с другими людьми, даже если их интеллектуальные способности превышают средний уровень (Grossman, Carter, Volkmar, 1997). С самого раннего возраста у них проявляются проблемы, связанные с формированием навыков, оказывающих решающее влияние на социальное развитие, таких как подражание, ориентация на социальные стимулы, концентрация внимания вместе с другими людьми на одних и тех же объектах, распознавание эмоциональных состояний окружающих людей, а также участие в играх, требующих работы воображения (make-believe play: «представь, что...»). В более старшем возрасте они редко первыми идут на контакт с окружающими и по большей части не реагируют на их эмоциональные проявления.

У таких детей слабо выражена социальная направленность собственного поведения, а также восприимчивость к социальным аспектам поведения других людей, они редко делятся своими переживаниями и эмоциями с окружающими. У детей, страдающих аутизмом, также наблюдаются проблемы с узнаванием лиц (Klin et al., 1999). Кроме того, им сложно интегрировать социальные, коммуникативные и эмоциональные аспекты собственного поведения, что требуется, например в случае, когда нужно поздороваться с входящим в комнату знакомым человеком. Дети, страдающие аутизмом, не воспринимают окружающих как социальных партнеров. Это нередко приводит к тому, что они начинают относиться к другим людям, как к предметам, а их действия часто оказываются направленными не на человека в целом, а на отдельные части его тела, как это происходит, когда ребенок направляет свою агрессию только на руку удерживающего его человека (Carr & Kemp, 1989; Phillips, Gomez, Baron-Cohen, Laa & Riviere, 1995).

Дети, страдающие аутизмом, обнаруживают также проблемы, связанные с **сонаправленным социальным вниманием (joint social attention)**, то есть способностью направить внимание другого человека на объект общего интереса (G. Dawson, Meltzoff, Osterling, Rinaldi & Brown, 1998). Способность поддерживать сонаправленное социальное внимание, которая вырабатывается у нормальных детей к 12–15-месячному возрасту, требует настройки с другим человеком на единую волну. В этом случае ребенок направляет внимание другого человека на объект: он указывает на него пальцем, смотрит, протягивает его взрослому, вызывая у него общий интерес. Хотя ребенок, страдающий аутизмом, может принести другому человеку интересующий его предмет или указать на него, он, как правило, делает это только в тех случаях, когда хочет, чтобы другой человек что-то для него сделал; при этом он не стремится установить с ним контакт и найти с ним об-

щий интерес, чтобы получить удовольствие от самого процесса общения.

Больные аутизмом дети также отличаются необычными способами переработки социальной информации. В раннем возрасте они испытывают большие, по сравнению с другими детьми, трудности при имитации телодвижений, в отличие от имитации с помощью игрушек (toy actions) (I. M. Smith & Bryson, 1994; Stone, Ousley & Littleford, 1997), а также при ориентации на социальные стимулы, в отличие от ориентации на другие виды стимулов (G. Dawson, 1996).

Разглядывая человеческое лицо, они нередко обращают внимание на отдельные его части, скажем на рот или нос, не рассматривая черты лица в целом (Boucher & Lewis, 1992). Аутичные дети, в отличие от нормальных, отдают предпочтение неречевым звукам (Klin, 1999).

Вопреки распространенному ранее мнению о том, что больные аутизмом дети вообще не способны на проявление родственных чувств к своим близким и не могут отличить собственных родителей от других людей, результаты исследований свидетельствуют об обратном (Dissanayake & Sigman, 2000). Большинство детей, страдающих аутизмом, более вос-

приимчивы по отношению к своим близким, чем по отношению к незнакомым людям. В присутствии знакомых их поведение приобретает большую социальную направленность, они скучают, если близких нет рядом, чего не происходит при общении с незнакомыми им людьми. (Sigman & Mundy, 1989). Кроме того, учитывая, что таким детям свойственно дезориентированное и неупорядоченное поведение с характерными персеверациями, можно говорить о том, что они проявляют, хотя и менее выраженные, но сравнимые с контрольной группой нормальных детей, признаки *тесной привязанности* к своей матери (Capps, Sigman, & Mundy, 1994). Они предпочитают общество матери обществу незнакомого человека, прибегают к ее помощи при изучении окружающего мира и быстрее успокаиваются в материнских объятиях.

Таким образом, мы не можем утверждать, что дети, страдающие аутизмом, совершенно неспособны к формированию привязанности к другим людям. Скорее, можно говорить о том, что при аутизме возникает дефицит тех навыков, которые позволяют понимать социальную информацию и реагировать на нее (Rogers, Ozonoff, & Maslin-Cole, 1993). Как показано на фотографиях, помещенных во врезке 10.1, страдающий аутизмом ребенок замечает, когда

КРУПНЫМ

П Л А Н О М

Этот маленький ребенок, страдающий аутизмом, замечает, что мать вышла из комнаты. Он ходит по комнате в поисках матери, но выражение его лица практически не меняется. Кажется, что он не знает, что делать для того, чтобы мать вернулась.



Ребенок того же возраста, не страдающий аутизмом, скорее всего, будет вести себя следующим образом:



В течение каких-нибудь десяти секунд выражение его лица меняется с: «Нет, не может быть, чтобы они меня бросили» на «Неужели они вправду уходят?», а затем — на «Какой ужас, они действительно ушли». Ребенок плачет, но как только родители появляются, он успокаивается, и к нему возвращается хорошее настроение.

Источник: Расстройства поведения у детей (Behavior Disorders of Childhood, produced by Alvin H. Perlmutter, Inc).

Врезка 10.1 Дети в процессе социального взаимодействия

мать уходит из комнаты, и ищет ее, что свидетельствует о наличии привязанности. Однако, в отличие от нормального ребенка, он вряд ли понимает суть происходящего и не знает, что нужно делать для того, чтобы мать вернулась. Именно поэтому наблюдателю может показаться, что ребенок лишен чувства привязанности к матери.

Помимо проблем социального характера дети, страдающие аутизмом, испытывают трудности в распознавании эмоций по человеческим телодвижениям, жестам, выражению лица и голосу. Дети дошкольного возраста, страдающие аутизмом, не замечают и не концентрируют свое внимание на эмоциональных сигналах, подаваемых другими людьми: они не могут сказать о человеке, доволен он, печален, заинтересован или раздражен. В отличие от нормальных дошкольников (*mental age*), они могут сгруппировать изображения людей по типу головных уборов, которые те носят, а не по эмоциональным выражениям их лиц (Weeks & Hobson, 1987).

Кроме этого аутичные дети отличаются от нормальных также в выражении собственных эмоциональных состояний. Эти выражения часто характеризуются ограниченным и произвольным использованием экспрессивных жестов и эксцентричной, невнятной или произвольной мимикой. Таким образом, дети, больные аутизмом, не только обрабатывают, но и передают эмоциональную информацию необычными способами. Пока мы не знаем, отличаются ли также их эмоциональные *переживания* от переживаний, испытываемых другими детьми (Attwood, Frith & Hermelin, 1988; Loveland et al., 1994; Macdonald et al., 1989).

Нарушение процессов коммуникации

В течение двух лет мать молодого человека, страдающего аутизмом, пыталась поправлять его, говоря ему: «Не так. Нормальные люди так не делают». Сын останавливался. Затем мать добавляла: «Ты ведь хочешь выглядеть нормальным человеком, правда?», на что тот отвечал: «Да». Но однажды матери пришлось в голову спросить сына: «А ты знаешь, что означает слово «нормальный»?» Сын снова ответил: «Да», что очень порадовало мать. Но когда она попыталась добиться от него определения этого слова, он сказал: «Это вторая кнопка слева на стиральной машине».

(Donnellan, 1988)

Дети, страдающие аутизмом, испытывают серьезные нарушения, связанные с речью и общением, которые проявляются уже в раннем возрасте и сохраняются в течение всей жизни. Еще до того как ребенок научится говорить, он имеет в своем распоряжении богатый арсенал средств для сообщения другим людям о своих потребностях, интересах и чувствах. К этим средствам относятся мимика, вокализации и жесты. Одним из первых признаков нарушений речи у детей,

страдающих аутизмом, является неполное (*inconsistency*) использование доречевых средств коммуникации (*preverbal communications*). Например, страдающий аутизмом ребенок может показать на чучело животного, до которого он хочет, но не может дотянуться. Тем самым он демонстрирует способность использовать **протоимперативные жесты** (**protoimperative gestures**) — жесты или вокализации, служащие для сообщения о своих нуждах. Однако этот ребенок, скорее всего, не будет использовать **протодекларативных жестов** (**protodeclarative gestures**) — жестов или вокализаций, служащих для привлечения визуального внимания других людей к объектам общего интереса.

Основной целью использования протодекларативных жестов является вовлечение других людей в процесс взаимодействия; так например, малыш, начинающий ходить, энергично показывает на собаку, чтобы привлечь внимание матери к удивительному существу, которое он увидел.

Использование протодекларативных жестов предполагает умение вызывать и поддерживать общенаправленное социальное внимание, а также способность понимать то, о чем думают другие люди — навыки, отсутствующие у детей, страдающих аутизмом. Кроме того, в их арсенале коммуникативных средств отсутствуют и другие декларативные жесты, в частности, *показательный жест* (*showing gesture*), который нормальные дети используют, показывая другим объект своего интереса или новый для них предмет (например крем для бритья: см. врезку 10.2).

Почти половина детей, страдающих аутизмом, так и не овладевают осмысленной речью. В их число также входит небольшой процент детей, которые начинают говорить, но затем регрессируют в своем развитии, что происходит обычно между 12-м и 30-м месяцем. Аутичные дети, частично или полностью не овладевшие речью, не используют жесты в целях коммуникации. Вместо них возникают примитивные формы коммуникации: ребенок тащит мать за руку в нужном ему направлении, приносит матери апельсин, чтобы она его почистила, или коробку, чтобы она ее открыла. Дети, страдающие аутизмом, могут использовать *инструментальные жесты* (*instrumental gestures*) для того, чтобы кто-нибудь немедленно для них что-то сделал, однако они не используют *экспрессивных жестов* (*expressive gestures*) для передачи своих чувств (U. Frith, 1989). Эти два типа жестов показаны на рис. 10.1.

Если у детей, страдающих аутизмом, развивается речь, они начинают разговаривать не позже пятилетнего возраста. Почти у всех больных наблюдается отставание в речевом развитии, наиболее ярко проявляющееся в использовании качественно неполноценных форм коммуникации. Наиболее заметной чертой является дефицит речевого общения (*social chatter*), который выражается в неумении использовать речь с целью социальной коммуникации. Родители и учителя описывают речь таких детей как бессмысленную, бессвязную, неадекватную и слабо соотношенную с ситуацией, в которой они находятся. Примером такой речи может служить интервью с Джерри, пятилетним мальчиком, страдающим аутизмом, который активно использует экспрессивную речь (Vemprasad, 1979, pp. 183-184):

Интервьюер: «Ты будешь рисовать мужчину или женщину?»

Джерри: «Мужчина был дело даме.»

Интервьюер: «Что это значит?»

Джерри: «Нет, мужчина представляет даме, да, да, да. По радио. Дама дает педаль. Большой платок и салфетка, они заправлены. Да, видишь, вот оно. Мы нарисуем картину и засунем ее в раму.»

Помимо речевой идиосинкразии* с ее крайне необычными и, очевидно, не связанными с контекстом вербализациями, таких детей отличают еще два качественных нарушения речи: реверсия (повторение)

местоимений (pronoun reversals) и эхолалия (echolalia). **Реверсия местоимений** возникает в тех случаях, когда ребенок произносит личные местоимения в точности так, как он их слышит, не изменяя их в соответствии с контекстом. Например, когда ребенка по имени Тим спрашивают: «Как тебя зовут?», он отвечает: «Тебя зовут Тим», вместо «Меня зовут Тим». **Эхолалия**, которая может быть моментальной или отсроченной, возникает в тех случаях, когда ребенок дословно повторяет, как попугай, слова или фразы, которые он услышал. Ребенок, которого спрашивают: «Хочешь печенье?», ответит повторением вопроса: «Хочешь печенье?» Хотя эхолалия раньше считалась формой патологии, она может фактически являться для ребенка, стра-

КРУПНЫМ

ПЛАНОМ

Врезка 10.2 Превербальные коммуникации

Если на ладонь ребенка, страдающего аутизмом, выдавить немного крема для бритья, это привлечет его внимание, но при этом оно будет сконцентрировано исключительно на креме для бритья. Ребенок уже не будет замечать отца и мать, которые стоят рядом, и не будет проявлять ни малейших признаков желания поделиться с ними своим опытом.



Этот нормально развитый ребенок тоже увлечен новым для него зрелищем и хочет немедленно посвящать всех в свое открытие, показывая матери, что у него в руке. У него есть что сообщить другим, и он хочет, чтобы все приобщились к его опыту. Он хочет быть в центре внимания, и это является естественным и очень важным желанием для ребенка его возраста.



Источник: Расстройства поведения у детей (Behavior Disorders of Childhood, produced by Alvin H. Perlmutter, Inc).

*речь с характерными индивидуальными грамматическими и семантическими отклонениями — прим. ред.

дающего аутизмом, важным шагом на пути к овладению речью. Эхолалия, а также другие нестандартные формы речевого поведения (unconventional verbal behavior), такие как речевая персеверация (*perseverative speech*) (постоянное повторение бессмысленных слов или фраз), а также непрерывное спрашивание, могут выполняться для ребенка, страдающего аутизмом, целый ряд коммуникативных функций, а также способствовать индивидуальному развитию (communicative and developmental functions). Эти необычные формы речи могут выражать стремление ребенка общаться, хотя и столь примитивным способом (Prizant, 1996; Prizant & Wetherby, 1989).

Начальные трудности, возникающие у аутичных детей, усваивающих язык, не столь значительны на фонетическом, лексическом, грамматическом и семантическом (имеется в виду значение слов) уровнях, по сравнению с теми тяжелыми нарушениями, которые обнаруживаются у них в речевой прагматике — т. е. в адекватном использовании речи в социальном и коммуникативном контексте. Пример прагматического использования речи, точнее, в данном случае — пример непонимания речевой прагматики, приведен на рис. 10.2. По сути, вопрос: «Ты можешь поднять трубку?» является просьбой выполнить данное действие, а не выяснением того, в состоянии ли ребенок это сделать. Чтобы осмыслить это, ребенок должен не только понимать значения слов, он должен суметь правильно интерпретировать контекст, в котором используется данная фраза.

Аутичные дети, не имеющие навыков прагматического использования речи, часто не могут понять переносного (nonliteral) значения чужих слов, а также адаптировать характер собственной речи к ситу-

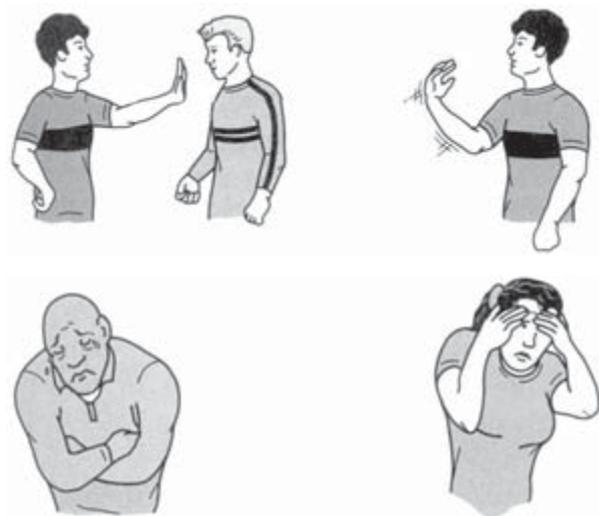


Рис. 10.1. Инструментальные и экспрессивные жесты. Дети, страдающие аутизмом, используют жесты для того, чтобы другие люди что-то сделали для них, но не используют жесты для передачи своих чувств. (Источник: U. Frith, 1989).

ации, в которой они находятся (G. Dawson, 1996; Tager-Flusberg, 1993).

Дети, страдающие аутизмом, понимают речь в буквальном смысле. Часто значение того или иного слова жестко закрепляется за контекстом, в котором оно впервые было усвоено ребенком, и не претерпевает никаких дальнейших изменений. Например, ребенок, который выучил слово «да», когда примерял погоны отца, может решить, что слово «да» означает только желание примерить погоны отца, и использовать его лишь в этом значении. Ему трудно отделить слово «да» от конкретного контекста и применять его в широком смысле как подтверждающую реплику. Мы уже приводили пример, в котором слово «нормальный» связывалось только с кнопкой на стиральной машине.

Тенденция закреплять значения слов за совершенно определенной ситуацией отражена в воспоминаниях о своем детстве Донны Уильямс (Donna Williams, 1992), взрослой женщины, страдающей аутизмом:

Все, что говорили мне люди, если я была в состоянии воспринять их речь как нечто большее, чем просто слова, всегда понималось мною применительно лишь к конкретному моменту или ситуации. Как-то раз меня строго отчитали за то, что я нарисовала картинку на стене здания Парламента во время экскурсии, и я обещала, что больше никогда не буду этого делать. Но уже через десять минут меня застали рисующей другую картинку на стене школы. На самом деле я вовсе не игнорировала то, что мне говорили, как и не пыталась дурачиться: я не воспринимала свой последний поступок (рисование на стене школы) как точное повторение предыдущего (рисование на стене здания Парламента). Мое поведение приводило в недоумение других, но и они приводили меня в недоумение. Дело было не в том, что я не считала нужным выполнять их правила, а, скорее, в том, что я просто не могла запомнить такое количество правил, относящихся к конкретным ситуациям. (стр. 69)

Затруднения, связанные с прагматической функцией речи, испытывают даже те аутичные дети, которые смогли усвоить правила построения предложений и приобрести большой словарный запас. Кроме того, у них остаются проблемы, связанные с развитием как вербальных, так и невербальных навыков, что свидетельствует об их неспособности понимать мысли, чувства и намерения других людей. На невербальном уровне их монотонный голос и отсутствие жестов говорят о трудностях в выражении эмоций. На вербальном уровне они испытывают проблемы, связанные с построением связных текстов (narrative discourse), о чем свидетельствуют их крайне бедные рассказы, а также затруднения, связанные с неспособностью использовать переносное значение слов, или сложности при передаче другим



Рис. 10.2. Дети, страдающие аутизмом, испытывают трудности, связанные с прагматическим использованием речи. (Источник: U.Frith, 1989).

людям необходимой информации. В более старшем возрасте, они редко соблюдают речевой этикет (social convention) для приветствий и вежливых обращений. Высказывались предположения, что общим источником всех перечисленных коммуникативных проблем является принципиальное непонимание того, что речь можно использовать с целью передачи информации и оказания влияния на других людей (Tager-Flusberg, 1996, 2000).

Навязчивые формы поведения и интересы

Джерри, больной аутизмом, хорошо развитый 15-летний мальчик, написал следующее стихотворение (Vernograd, 1979, стр.188):

Я молился Богу,
Чтобы он указал мне путь.
Я ждал его слова,
Как математику мне постичь.

Теперь мне завидуют люди,
Бог провел меня через этот лес,
Я полюбил числа, и счет, и дроби.
Теперь уравнения могу составлять
И складывать, делить, и умножать.
Пусть математика будет моей судьбою.

Дети, страдающие аутизмом, часто отличаются крайне узким спектром интересов, примером чему является Джерри, срастно увлекающийся математикой. Для них также характерны многократные повторения однообразных действий, к которым относятся, например выкладывание предметов в линию, или однообразные движения тела, такие как покачивание (M.Turner, 1999). Кажется, какой-то внутренний механизм заставляет их бесконечно повторять одни и те же действия. Некоторые дети могут выполнять эти навязчивые движения — покачиваться или махать руками — с такой интенсивностью, что начинают потеть; другие крайне нервно реагируют на малейшие изменения, нарушающие постоянство их ритуалов. Особенно часто повторяющиеся действия можно наблюдать, когда другие люди не пытаются намеренно направить активность детей в иное русло, что позволяет предположить, что сами они неспособны придумать себе какое-нибудь занятие. Дети, больные аутизмом, также нередко прибегают к повторению стереотипных действий, когда они оказываются в новой для них, неожиданной или сложной ситуации, что, вероятно, дает им чувство контроля над окружающей средой и позволяет адаптироваться к внешним изменениям, природу которых они не могут понять (Klinger & Dawson, 1995).

Такие повторяющиеся движения тела или манипуляции с предметами, когда ребенок, скажем, постоянно раскачивает или вертит в руках карандаш, получили название **самостимулирующих действий (self-stimulatory behaviors)**. Хотя самостимулирующие действия характерны и для детей с другими типами нарушений развития, наиболее часто они на-

блюдаются и отличаются особенной навязчивостью у детей, страдающих аутизмом. Та или иная форма повторяющихся действий, как например шевеление пальцами перед глазами, может, начавшись в раннем детстве, сохраниться и в зрелом возрасте. На этих двух фотографиях, сделанных с интервалом в 20 лет, Памела демонстрирует поразительное сходство самостимулирующих действий.

Приведенные ниже примеры свидетельствуют о том, что в самостимулирующих или стереотипных действиях могут быть задействованы различные органы чувств; так манипуляции с ложкой на столе предполагают, что ребенок смотрит на ложку и слышит издаваемые ею звуки.

Типичные формы самостимуляции у детей, страдающих аутизмом:

Визуальная: Ребенок постоянно моргает, смотрит на источник света, машет руками, шевелит пальцами перед глазами.

Слуховая: щелкает пальцами, издает голосовые звуки, стучит по ушам, вертит предмет на столе.

Тактильная: Скребет или трет кожу руками или каким-либо предметом.

Вестибулярная: Раскачивается взад-вперед или из стороны в сторону.

Вкусовая: Засовывает части тела или предметы в рот и лижет их.

Обонятельная: Нюхает различные предметы или обнюхивает людей.

Причины, по которым дети, страдающие аутизмом, прибегают к самостимуляции и стереотипным формам поведения, пока окончательно не установлены, однако учеными предложен целый ряд теорий, объясняющих этот феномен (М. Turner, 1999). Одна из гипотез предполагает, что больные аутизмом дети

постоянно нуждаются в стимуляции, поэтому самостимуляция служит для них средством возбуждения нервной системы. Согласно другой гипотезе, окружающая среда становится для таких детей источником слишком сильных внешних стимулов, поэтому они прибегают к самостимуляции с целью блокирования избыточных раздражителей и контроля за уровнем своего возбуждения. Авторы других гипотез утверждают, что больные дети продолжают выполнять одни и те же действия, поскольку они служат им источником психологического подкрепления. Любая из этих гипотез может быть верна по отношению к тому или иному конкретному случаю.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Страдающие аутизмом дети в общении с другими людьми испытывают значительные трудности, связанные с нехваткой навыков ориентации на социальные стимулы, подражания, концентрации внимания на объектах общего интереса а также с нехваткой навыков распознавания и понимания эмоциональных состояний окружающих.

- При детском аутизме также наблюдаются серьезные коммуникативные и речевые расстройства, которые выражаются в дефиците доречевых (preverbal) вокализаций и жестов, реверсии местоимений и эхоталии, а также в неадекватном использовании речи в социальном контексте.

- Для детей, страдающих аутизмом, характерны: узкий спектр однообразных интересов, стереотипные и повторяющиеся телодвижения, действия и паттерны поведения, действия, включающие навязчивые рутинные занятия и ритуалы, вызывающие паталогическую сосредоточенность на них внимания и полное неприятие любых изменений.



Памела прибегает к самостимулирующим действиям как в детском, так и в зрелом возрасте.

(Источник: Behavior Treatment of Autistic Children, produced by E.L. Anderson.

Лечение детей, страдающих аутизмом, методом поведенческой терапии. по ред. Е.Л. Андерсон).

АССОЦИИРОВАННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АУТИЗМА

От умственной отсталости до сверхспособностей

Интеллектуальный уровень детей, страдающих аутизмом, может варьироваться в крайне широких пределах — от умственной отсталости до сверхспособностей.

Хотя общее внимание, как правило, привлекают дети, обладающие исключительными способностями, 80 процентов больных, страдающих аутизмом, являются умственно отсталыми, причем примерно половина из них имеет коэффициент интеллекта менее 50-ти баллов, а около 30-ти процентов — от 50 до 70 баллов. Коэффициент интеллекта остальных 20-ти процентов детей — средний или выше среднего (Fombonne, 1998).

Для большинства умственно отсталых детей, не страдающих аутизмом, характерно отставание по всем показателям интеллектуального развития. В отличие от них, аутичные дети, часто демонстрируют качественно отличающиеся результаты тестирования по разным интеллектуальным субтестам. Одним из типичных паттернов является относительно низкий уровень результатов по вербальным субтестам, таким как субтест на понимание (*comprehension*), при относительно высоком уровне результатов по невербальным субтестам, включающим тестирование краткосрочной памяти на запоминание последовательности чисел (Числовой ряд, *Digit Span*), а также включающим тесты на составление композиций заданной формы из кубиков (Композиции из кубиков, *Block design*) (Happé, 1994b).

Считается, что низкие интеллектуальные показатели детей, больных аутизмом, прежде всего по вербальным тестам, являются симптомами серьезных нарушений, последствия которых могут быть особенно негативными в долгосрочной перспективе (Bolton et al., 1994). Только при средних или превышающих средние показатели интеллекта можно ожидать, что ребенок сумеет жить самостоятельно, когда вырастет. Результаты интеллектуального тестирования детей, страдающих аутизмом, как правило, мало подвержены временным изменениям, и позволяют надежно предсказывать уровень их успеваемости в школьном возрасте.

Несмотря на общее отставание в интеллектуальном развитии, для небольшого, но существенного процента детей, страдающих аутизмом, характерно наличие единичных чрезвычайно развитых способностей, или как их называют, *фрагментарных способностей, островков способностей (splinter skills, islets of ability)*, примером чего является Рэймонд, герой фильма «Человек дождя». Эти способности могут относиться к таким областям, как письмо, чтение, счет, музыка или рисование. Почти четверть (25 процентов) детей, страдающих аутизмом, отличается развитием одной специфической когнитивной

способности до уровня, превышающего средний для населения в целом, а также значительно превышающего их собственный общий уровень интеллектуального развития (Goode, Rutter, & Howlin, 1994).

Помимо этого приблизительно у пяти процентов детей, страдающих аутизмом, развивается необычайный талант в той или иной узкой области, значительно превосходящий способности даже нормально развитых детей их возраста. Такие дети, которых называют также *аутичными вундеркиндами (autistic savants)*, демонстрируют исключительные способности, касающиеся таких областей как счет, память, решение головоломок, музыка или рисование. Так, один мальчик, коэффициент интеллекта которого не превышал 60-ти, мог назвать выигрышные номера ежедневных лотерей за прошедшие пять лет. Другой ребенок научился играть на фортепьяно, точно воспроизводя на слух любую мелодию, которую он слышал по радио — от Брамса до Бакарэка.* По оценкам изучавших его психологов, он мог удерживать в голове до двух тысяч мелодий (Growski, 1993). Надя, девочка, страдающая аутизмом, была без ума от лошадей; она сделала сотни зарисовок лошадей, отличавшихся необыкновенной живостью и сходством, в возрасте всего трех лет. Один из рисунков Нади, выполненный ею в пятилетнем возрасте, приведен на рис. 10.3. Увидев изображение лошади в книжке, Надя смогла сделать сотни рисунков, показывавших эту лошадь в различных ракурсах (Baron-Cohen & Bolton, 1993).

Неясно, являются ли эти единичные таланты, характерные для небольшого числа детей, страдающих аутизмом, проявлением не затронутых болезнью способностей, либо, напротив, следствием болезни. Одна из гипотез предполагает, что аутичные вундеркинды, воспринимая информацию, разбирают ее на мелкие фрагменты, а не перерабатывают целиком, следствием чего являются их исключительные способности в отдельно взятой узкой области (Pring, Hermelin, & Heavey, 1995). Согласно другому предположению, дети, страдающие аутизмом, мыслят образами, а не идеями, что позволяет им запоминать информацию в режиме, подобном аудио- или видеозаписи (Hurlbert, Happé, & Frith, 1994). К сожалению, несмотря на уникальные способности аутичных вундеркиндов и более распространенные фрагментарные способности других аутичных детей, в большинстве случаев они не находят практического применения в их повседневной жизни.

Сенсорные и перцептивные расстройства

Многие зрительные образы, звуки, запахи, тактильные ощущения, не вызывающие беспокойства у нормальных детей, могут стать неприятными и даже болезненными для детей, страдающих аутизмом. Так, аутичный ребенок может реагировать на человеческий голос, как на пронзительный крик, на легкое поглаживание, как на острую боль, а на телефонный звонок, как

*Берт Бакарэк (р. 1929), композитор, автор многих песен, вошедших в репертуар популярных певцов. — *Прим. ред.*

на звук электрической дрели, поднесенной к самому уху. Сенсорный дефицит и патологии очень распространены среди детей, страдающих аутизмом. К ним относятся гипер- и гипо-сенситивность к определенным стимулам, чрезмерно избирательное внимание и нарушения переключения внимания между различными сенсорными сигналами, а также расстройства, связанные с согласованием различных сенсорных модальностей — например неспособность одновременно следить за движением рук человека, хлопающего в ладоши, и слышать звук хлопка.

Для детей, страдающих аутизмом, характерны такие сенсорно-перцептивные нарушения, как сенсорная доминантность (*sensory dominance*) и чрезмерная избирательность (*overselectivity*) при восприятии стимулов.

Под *сенсорной доминантностью* понимают тенденцию фокусировать внимание на стимулах определенного типа в ущерб восприятию других стимулов, например предпочтение зрительных стимулов слуховым. *Чрезмерной избирательностью* стимулов называют тенденцию фокусировать внимание на тех или иных характеристиках предметов или окружающей обстановки, в то же время игнорируя другие, не менее важные, характеристики. Вследствие такой узкой направленности восприятия на отдельные детали окружения создается впечатление, что дети, страдающие аутизмом, обладают туннельным зрением или слухом, что крайне затрудняет для них изучение окружающего мира (Klinger & Dawson, 1995).

Дефицит когнитивных навыков

Ученые полагают, что существует два типа нехватки когнитивных навыков, сопровождающих аутизм: (1) когнитивный дефицит *частного характера* (*specific*), связанный с нехваткой навыков обработки социально значимой эмоциональной информации, и (2) когнитивный дефицит *общего характера* (*general*), связанный с нехваткой навыков переработки информации, планирования и концентрации внимания.

Дефицит навыков переработки социально значимой (эмоциональной) информации

Социальные и коммуникативные проблемы детей, страдающих аутизмом, привлекли внимание ученых, пытавшихся выяснить особенности восприятия этими детьми таких источников социально значимой (эмоциональной) информации, как эмоциональные высказывания, мимические выражения эмоций, а также другие проявления внутренних психических состояний людей. Необычные формы социального поведения детей, страдающих аутизмом, позволяют сделать предположение о наличии у них серьезных нарушений восприятия социальной информации (Sigman, 1995). Нельзя сказать, что у таких детей процессы социального взаимодействия полностью нарушены или отсутствуют, однако можно говорить о том, что они испытывают значительные трудности в ситуациях, требующих понимания специфики социальных отношений.



Рис. 10.3. Рисунок лошади, выполненный Надей в возрасте пяти лет (Selfe, 1977).

В возрасте около 12-ти месяцев почти любой нормальный ребенок может определить, когда его внимание и внимание другого человека направлено на один и тот же объект. Дети этого возраста начинают осознавать, что действия людей мотивированы их желаниями и направлены на достижение определенных целей. Это понимание необходимо для того, чтобы ребенок был способен придумывать игры с воображаемыми предметами и выполнять те или иные действия «понарошку». Дети, страдающие аутизмом, однако, не понимают сущности воображаемых действий и неспособны играть в игры с участием воображения. Так, нормальный ребенок может поить куклу из пустой чашки, издавая при этом глотательные звуки, тогда как ребенок, страдающий аутизмом, будет просто непрерывно вертеть чашку в руках (U. Frith, 1993).

Тот факт, что маленькие дети, страдающие аутизмом, не совершают спонтанных воображаемых игровых действий, привел ученых к выводу о том, что у них также должны возникать проблемы, связанные с пониманием специфики различных психических состояний — как других людей, так и своих собственных — которые не имеют непосредственного внешнего выражения. К таким психическим феноменам относятся, в частности, намерения, эмоции и желания. Гипотезы такого рода получили общее название **Теории распознавания психических состояний*** (**The-**

*Создатели теории используют термин Mind как сокращение от «mindreading», который последующий контекст позволяет перевести как распознавание психических состояний. — Прим. ред.

ory of Mind) (Baron-Cohen, 2000b; Baron-Cohen, Tager-Flusberg, & Cohen, 2000). К четырехлетнему возрасту почти все дети способны догадываться о том, что другой человек знает, думает или считает правильным, однако детям, страдающим аутизмом, крайне трудно делать подобного рода предположения даже в более старшем возрасте (Baron-Cohen, 1995). Хотя такие дети и способны делать выводы на основании физических событий и характеристик, которые они могут непосредственно наблюдать, формирование представлений о невидимых аспектах реальности, таких как психические состояния людей (*mental states*), представляет для них значительные трудности (G.Dawson, 1996).

В основе Теории распознавания психических состояний, пытающейся объяснить феномен аутизма, лежит предположение о том, что способность определять чувства, желания и намерения людей по внешним проявлениям имеет эволюционную ценность для человечества, с точки зрения возможностей адаптации к условиям внешней среды. Согласно данной теории, все люди от природы наделены способностью определять психическое состояние другого человека по его внешнему выражению. Мы постоянно интерпретируем еле уловимые признаки, по которым нам удается восстановить полную картину наших знаний о суждениях и намерениях других людей. Мы делаем это автоматически, почти не прикладывая к этому сознательных усилий.

Представим себе такую ситуацию: через десять минут после начала урока в класс заходит ученик, который оглядывается по сторонам, после чего выходит из класса. Как вы можете объяснить его поведение? Умея понимать психическое состояние другого человека, вы можете сделать следующее предположение: «Возможно, он *пытался* найти потерянную им книгу, которая, как он *думал*, могла находиться в этом классе» или «Возможно, он *хотел* найти друга, который занимается в этой группе, но *вспомнил*, что тот сегодня не пошел в школу». Несомненно, вам без труда удастся выдвинуть множество версий, объясняющих поведение ученика, и все они будут основываться на предположениях, характеризующих его возможные психические состояния (которым соответствуют слова, выделенные курсивом). Вероятно, вы не будете на сто процентов уверены в правильности ваших версий, однако, по всей видимости, для вас не составит никакого труда сделать подобные предположения.

Развитие способности распознавать собственные и чужие психические состояния получило название **ментализации (mentalization)** (Baron-Cohen, 1995; Morton & frith, 1995). Исследователи предполагают, что основные проблемы детей, страдающих аутизмом, возникают вследствие дефицита процессов ментализации. Иными словами, аутичные дети в той или иной степени страдают «психической слепотой» (*mindblindness*), то есть «у них не развивается способность естественным образом распознавать психические состояния других людей» (Baron-Cohen, 1995). Интересно, что большинство пятилетних детей на вопрос: «Для чего нужен мозг?» отвечают, что мозг нужен для того, чтобы думать, мечтать, хранить

тайны, и т.д. Однако, если такой вопрос задать ребенку, страдающему аутизмом, он, скорее всего, скажет, что с помощью мозга люди двигаются, ни словом не упомянув о мыслительной деятельности (Baron-Cohen, 1995). Дети, обнаруживающие дефицит процессов ментализации, способны усваивать, запоминать и хранить фрагменты социальной значимой информации, однако они плохо понимают смысл этих фрагментов.

Для определения способности детей к распознаванию психических состояний других людей используется Тест Сэлли-Энн (*Sally-Anne Test*). Его описание вы найдете во врезке 10.3. Этот очень простой тест дает представление о значении простейших процессов *ментализации*.

Однако небольшой, но достаточно существенный процент детей, страдающих аутизмом (по различным оценкам, от 15 до 60-ти процентов), обнаруживают некоторые способности к ментализации — они успешно справляются с Тестом Сэлли-Энн или аналогичными тестами (Нарре, 1995а). По сравнению с детьми, страдающими аутизмом, которые не способны справиться с тестами, предполагающими понимание феномена ложных представлений, этих аутичных детей отличает более осмысленное и общительное поведение, а также более высокий уровень развития речевых и других коммуникативных навыков (U. Frith & Нарре, 1994). Вербальные способности этих детей также значительно превышают уровень, демонстрируемый другими аутичными детьми одного с ними возраста, на основании чего мы можем предположить, что им удается решать задачи на ментализацию сознательным логическим путем (Нарре, 1995а, 1995b). Дети, успешно справляющиеся с такими заданиями, включая детей, страдающих аутизмом, как правило, понимают метафоры, иронию, а также воспринимают различные эмоции говорящего, включая намерение солгать или пошутить. Однако дети и юноши, страдающие аутизмом и понимающие феномен ложных представлений, склонны давать пространственные объяснения своим догадкам. Это позволяет предположить, что им приходится сознательно использовать специальные стратегии с целью определения психических состояний окружающих. В отличие от них, нормальные дети настолько естественно, автоматически и бессознательно определяют наличие у окружающих ложных представлений, что им бывает трудно объяснить, как они получают ответы на тестовые вопросы (Нарре, 1995а).

Однако страдающие аутизмом дети, которым удается успешно выполнить тест Сэлли-Энн, все же испытывают трудности при выполнении комплексных тестов, моделирующих более реальные жизненные ситуации (Нарре, 1994а).

Результаты исследований снимков мозга свидетельствуют о том, что при решении нормальными индивидуумами задач, требующих определения психических состояний других людей, активизируются иные участки головного мозга, чем при решении задач, не требующих определения психических состояний (P.C. Fletcher et al., 1995). Учитывая трудности,

которые испытывают дети, страдающие аутизмом, при решении подобных задач, полученные результаты свидетельствуют о наличии неврологических причин аутизма. О попытках ученых выяснить эти причины мы будем говорить в следующем разделе. Хотя специфическая нехватка навыков обработки социально значимой эмоциональной информации, в том числе и дефицит навыков ментализации, встречается у большинства детей, страдающих аутизмом, тот факт, что некоторые из них все же не имеют подобных нарушений, говорит о том, что дефицит когнитивных навыков в случаях аутизма невозможно объяснить с помощью одной только Теории распознавания психических состояний.

Общий дефицит когнитивных навыков

Высказывались предположения, что дети, страдающие аутизмом, обнаруживают общий дефицит когнитивных навыков в процессах многоуровневого планирования (*high-order planning*) и в регуляции поведения (Pennington et al., 1997). Эти процессы, названные *ведущими функциями* (*executive functions*),

обеспечивают эффективные решения когнитивных задач. Ведущие функции позволяют: блокировать неадекватные формы поведения, осуществлять осмысленные действия, непрерывно поддерживать процесс выполнения задания, проводить самоконтроль (*self-monitoring*), устанавливать обратную связь, а также плавно переходить от решения одних задач к другим. О наличии общего дефицита когнитивных навыков при осуществлении руководящих функций у лиц, страдающих аутизмом, свидетельствуют трудности, которые они испытывают в некоторых видах когнитивной деятельности. К их числу относятся: организация, планирование, изменение когнитивных установок (*cognitive set*), освобождение от мешающих стимулов, обработка информации в изменяющихся, нетривиальных условиях и обобщение (*generalizing*) ранее усвоенной информации для анализа новых ситуаций (Bryson, landry, & Wainwright, 1997; Minschew & Goldstein, 1998; Ozonoff, 1994).

Другой тип недостатка когнитивных навыков, как предполагают, вызывающий аутизм, выражается в слабом стремлении к **центральной когерентности** (**central coherence**), под которой понимается ярковы-

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 10.3

Тест Сэлли-Энн: Значение процессов ментализации

В качестве реквизита используются две куклы по имени Сэлли и Энн. У Сэлли есть корзина, у Энн — коробка. Сэлли кладет шарик в корзину, накрывает ее и уходит из комнаты. Энн достает шарик из корзины и прячет в своей коробке. Сэлли возвращается с прогулки и хочет поиграть с шариком. Тестовый вопрос: где Сэлли будет искать шарик?

Большинство четырехлетних детей уверенно отвечает на этот вопрос: Сэлли будет искать шарик в корзине — там, куда она его положила. Даже умственно отсталые дети осознают, что Сэлли должна думать, будто шарик лежит там, где она его оставила. Как и нормальные дети, они отвечают, что Сэлли не знала о том, что Энн сделала с шариком, пока ее не было в комнате.

Понимание детьми этого факта свидетельствует о том, что они приписывают другим людям различные психические состояния. Они понимают, что человек может иметь ложное представление о ситуации. **Ложное представление** (**false belief**) является психологическим, а не физическим состоянием, и является фактором, позволяющим с большой долей вероятности как объяснять, так и предсказывать поведение людей, — в данном случае предсказать то, что Сэлли в поисках шарика заглянет в свою корзину. Понимание сути ложных представлений естественным образом предполагает и понимание сути истинных представлений — соответствующих действительности предположений о том, что другой человек знает и чего он не знает; предположений о его намерениях и чувствах. В этом и состоит суть Теории распознавания психических состояний.

Однако для большинства детей, страдающих аутизмом, даже для тех из них, чей ментальный возраст (Здесь и далее термин *ментальный возраст* означает уровень развития нормального ребенка, соответствующий определенному возрасту. — прим. ред.) превышает четыре года, этот элементарный тестовый вопрос представляет значительные трудности, и они, как правило, дают на него неправильный ответ. Они отвечают, что Сэлли будет искать шарик в коробке у Энн (где он действительно находится), несмотря на то, что они помнят, как Сэлли положила шарик в корзину, и что ее не было в комнате, когда Энн переложила его в коробку. Хотя они в состоянии запомнить эту несложную последовательность событий, они не могут сделать на основе известных им фактов вывод, состоящий в том, что Сэлли должна иметь ложное представление относительно того, где находится шарик. Следовательно, они совершенно не учитывают того, что думает Сэлли, тем самым упуская из виду важное изменение, произошедшее в ситуации (то, что в прошлом являлось истинным представлением, перестало быть таковым). Поэтому они оказываются не в состоянии предсказать поведение Сэлли. Непонимание ими сути ложных представлений говорит и о непонимании ими и других психических состояний. На основании этого делается вывод о том, что дети, страдающие аутизмом, неспособны к ментализации.

Источник: Адаптировано по U. Firth, 1997.

раженная тенденция людей интерпретировать стимулы в обобщенной форме, что позволяет расширять анализируемый контекст (U. Frith, 1993). Интерпретируя стимулы в обобщенной форме, мы можем извлекать общий смысл из сложной информационной структуры и запоминать главные ее элементы, а не отдельные детали. Было высказано предположение, что у лиц, страдающих аутизмом, данная способность проявляется очень слабо, и им свойственно обрабатывать информацию, анализируя ее элементы и детали и не пытаясь составить общую картину. (U. Frith & Нарре, 1994). Понимание смысла слов, жестов и чувств других людей может быть крайне трудной задачей для человека с неразвитой тенденцией к центральной когерентности, о чем свидетельствует высказывание Донны Уильямс, взрослой женщины, страдающей аутизмом, которая подробно описала переживания человека, имеющего это расстройство:

Трудно проявлять интерес и внимание к чувствам другого человека, когда ты воспринимаешь сначала его туловище, затем руку, глаз, нос, и другие части тела, которые движутся перед тобой без всякой взаимосвязи друг с другом и в полном отрыве от контекста (Nemeth, 1994).

Подтверждением гипотезы о слабом стремлении к интерпретации стимулов в обобщенной форме (т. е. к центральной когерентности) у лиц, страдающих аутизмом, является тот факт, что эти люди показывают очень высокие результаты при выполнении задач, требующих прежде всего концентрации внимания на отдельных деталях предъявляемых стимулов, а не на общем паттерне или композиции. На рис. 10.4 приведены два примера такого рода задач: Субтест «Композиции из кубиков» теста Векслера (Block Design substest of the WISC) и Тест на обнаружение включенных фигур (Embedded Figure Test) (Jolliffe & Baron-Cohen, 1997). Относительное преимущество лиц, страдающих аутизмом, при выполнении этих тестов может быть обусловлено тем, что им свойственна спонтанная ментальная сегментация композиции на несвязанные и лишние смыслы фрагменты. Такая ментальная сегментация, по-видимому, облегчает им воспроизведение из данных блоков всей композиции или идентификацию фигуры, включенной в рисунок, что позволяет им добиваться высоких результатов в этих тестах.

Характерны ли перечисленные недостатки когнитивных навыков только для аутизма?

Из тех недостатков когнитивных навыков, которые мы описали, дефицит навыков распознавания психических состояний, по-видимому, является наиболее характерным для аутизма, а не для умственной отсталости и специфических речевых расстройств у детей.

Однако недостаток навыков распознавания психических состояний не стал предметом глубокого изучения среди детей, обнаруживающих Синдром дефи-

цита внимания и гиперактивности (ADHD, см. гл. 5) и расстройства поведения, хотя, насколько нам известно, у этих детей также наблюдаются проблемы, связанные с неадекватной интерпретацией намерений других людей. Недостатки навыков обработки социальной значимой эмоциональной информации, по-видимому, являются менее характерными для аутизма, чем дефицит навыков распознавания психических состояний, и встречаются также при других расстройствах, включая шизофрению и умственную отсталость. Еще менее показательным диагностическим признаком являются нарушения ведущих функций, которые могут сопровождать совершенно различные психические заболевания, такие как Синдром дефицита внимания и гиперактивности (ADHD) и расстройства поведения (Griffith, Pennington, Wehner, & Rogers, 1999). Но поскольку ведущие функции включают в себя целый ряд различных когнитивных процессов, необходимы дальнейшие исследования, которые позволят определить, различается ли характер нарушений ведущих функций при аутизме и в случаях других психических расстройств.

Характерны ли перечисленные недостатки когнитивных навыков для всех лиц, страдающих аутизмом?

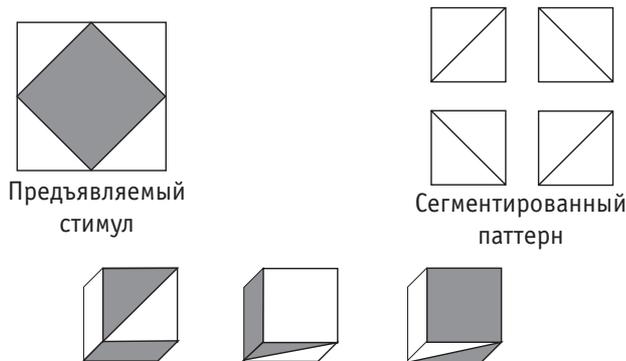
Как мы уже отмечали, некоторые индивидуумы, страдающие аутизмом, успешно выполняют тесты, связанные с распознаванием психических состояний. Однако до сих пор не ясно, действительно ли лица, больные аутизмом и имеющие нормальный уровень интеллекта, овладевают этими навыками. Тот факт, что многие из них продолжают испытывать серьезные проблемы, связанные с общением в повседневной жизни, позволяет предположить, что они не овладели навыками распознавания психических состояний, а, скорее, научились использовать альтернативные стратегии при решении соответствующих тестовых задач.

Маловероятно, что одно-единственное когнитивное расстройство способно дать объяснения всем недостаткам когнитивных навыков, представленным в аутизме (U. Frith, 2000). Скорее, многочисленные недостатки когнитивных навыков помогут нам объяснить, почему аутизм существует в таких разнообразных формах и столь сильно различается по степени своей тяжести.

Физические характеристики

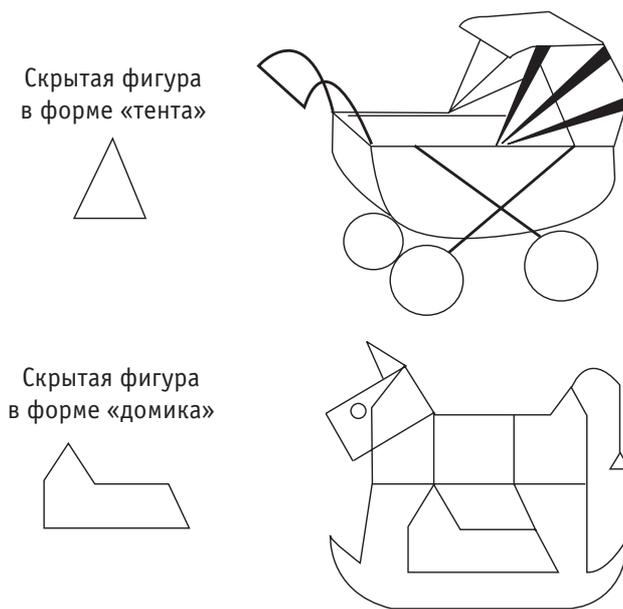
Приблизительно у 25-ти процентов лиц, страдающих аутизмом, развивается также эпилепсия. В отличие от умственно отсталых индивидуумов, у которых признаки эпилепсии проявляются уже в первые годы жизни, у аутичных больных эпилепсия может наступить в подростковом или юношеском возрасте. Если у детей, страдающих аутизмом, эпилепсия наступает в раннем возрасте, то это, как правило, связано с глубокой умственной отсталостью. Однако, несмотря на эту взаимосвязь, риск возникновения эпилепсии и уровень интеллекта при аутизме являются независимыми переменными (A. Bailey, Philips, & Rutter, 1996).

Детей, страдающих аутизмом, обычно описывают как имеющих нормальную и даже привлекательную



Типы кубиков, из которых может быть составлен паттерн

Композиции из кубиков



Скрытые фигуры

Рис. 10.4. Субтест на составление композиции из кубиков, а также тест на распознавание включенной фигуры: Дети, страдающие аутизмом, относительно успешно справляются с заданиями, требующими большей концентрации внимания на отдельных деталях изображения, чем на общем паттерне или композиции (Witkim et al., 1971).

внешность. Очевидно, что у них не наблюдается каких-либо физических отклонений, которыми нередко сопровождается тяжелая степень умственной отсталости, не связанная с аутизмом. Однако при аутизме могут возникать не очень заметные, но различные физические недостатки, такие как асимметрия лица, которые свидетельствуют о влиянии генетических и других пренатальных факторов на развитие этой болезни (Bryson, 1996). Около 20% лиц, страдающих аутизмом, имеют увеличенную окружность головы, входя в число трех процентов от всего населения, имеющих самые высокие показатели по данному параметру (Fombonne, Roge, Claverie, Courty, & Fremolle, 1999). В этом отношении аутичные дети, также отли-

чаются от детей имеющих речевые расстройства и умственно отсталых (Woodhouse et al., 1996).

Роль семьи

Эмилия: Испытание для всей семьи

Четырехлетняя Эмилия может целыми днями листать каталог, уставившись в пространство, или вертеть в воздухе свою скакалку, не обращая внимания на кегли, кубики и головоломки, которые мать разложила перед ней. Ее так и тянет куда-нибудь забраться — на плиту, на холодильник или на шкаф. Дважды она приносила роди-

телям телевизор, держа его на голове. На все двери в доме пришлось прикрутить задвижки. Если ее не привязать к коляске на прогулке, она может броситься на проезжую часть, а если оставить открытой входную дверь в доме, она тут же выбежит на улицу. За неугомонной девочкой нужен постоянный присмотр. Она почти каждый день просыпается среди ночи, встает, начинает шуметь, бросаться игрушками и стаскивать с кровати своего брата, который спит на верхнем ярусе (адаптировано из Semenak, 1996).

Жизнь родителей ребенка, страдающего аутизмом, становится для них тяжелым испытанием, нередко превращаясь в непрерывную, изматывающую, полную бессонных ночей борьбу. Родителям приходится постоянно следить за тем, чтобы их ребенок не причинил себе вреда, догадываться о том, чего он хочет, и делать все для того, чтобы им не пришлось навсегда расстаться с ним.

Помимо этого родители больных аутизмом детей могут оказаться в социальной изоляции; друзья начинают избегать их общества, поскольку им неприятно находиться рядом с таким трудным ребенком, а в общественных местах люди начинают сторониться их, так как не могут понять, что скрывается за столь странным поведением ребенка или родителей, пытающихся контролировать его действия.

Во время истерик, которые могут случаться по пять, десять, а то и двадцать раз на день, прохожие, пристально посмотрев на нее, качают головами и шепчут: «До чего испорченный ребенок», так, чтобы она слышала.

(Адаптировано из Semenak, 1996).

Сопутствующие расстройства и симптомы

К расстройствам, наиболее часто сопутствующим аутизму, относятся умственная отсталость и эпилепсия. Помимо этого аутизм может сопровождаться такими симптомами, как гиперактивность, страх и тревожность, а также колебаниями настроения (*mood problems*) (Kim, Szatmari, Bryson, Streiner & Wilson, 2000). Для некоторых детей, страдающих аутизмом, характерны также экстремальные, а нередко и опасные для жизни формы поведения, получившие общее название *самотравмирующего поведения* (*self-injurious behavior, SIB*), — это невынужденные действия, способные повлечь за собой телесные повреждения. Наиболее распространенными являются формы самотравмирующего поведения, при которых ребенок бьется обо что-либо головой, кусает собственные руки, начинает усиленно тереть или расчесывать какую-либо часть своего тела. Если ребенка не остановить, он иногда начинает биться головой с такой силой, что это может вызвать кровотечение или даже сотрясение мозга. Такое поведение может быть вызвано самостимуляцией, попытками привлечь к себе внимание, сопро-

тивлением требованиям, предъявляемым к ребенку со стороны взрослых. Иногда самотравмирующие действия могут совершаться и без видимой причины (J. E. Dawson, Matson & Cherry, 1998). В ряде случаев самотравмирующее поведение может быть связано с субклиническим судорожным припадком (*subclinical seizure*) или быть вызвано воспалением среднего уха (Carr, 1997).

Дифференциальный диагноз (различение схожих симптомов аутизма, умственной отсталости и речевых расстройств)

Коммуникативный дефицит и низкий уровень интеллектуального развития у аутичных детей иногда сложно отличить от аналогичных проявлений у детей, страдающих умственной отсталостью в острой или глубокой форме, но не страдающих аутизмом. Однако даже при глубокой умственной отсталости дети сохраняют способность к таким простым проявлениям социального поведения, соответствующим их ментальному уровню, как улыбка или зрительный контакт. Умственно отсталые дети также не испытывают проблем, связанных с общим социальным вниманием или распознаванием психических состояний, в отличие от детей, страдающих аутизмом (Charman et al., 1997). Однако в обоих случаях наблюдается самостимуляция, а также самотравмирующее поведение, что, по-видимому, является функцией ментального возраста, а не диагноза.

Иногда бывает сложно отличить аутизм от нарушений развития речи (см. главу 11), особенно в раннем возрасте. В обоих случаях наблюдаются задержки появления лепета (*babbling*), трудности в овладении речью и освоении длинных фраз и грамматических правил. Однако дети, страдающие аутизмом, отличаются использованием более нетипичных форм речи, таких как эхолалия и реверсия местоимений; они также менее способны к спонтанной речи, характерной для социального общения, и к использованию невербальных средств коммуникации (Cantwell, Baker, Rutter & Mawhood, 1989).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Около 80% детей, страдающих аутизмом, являются также умственно отсталыми; приблизительно половина из них имеет коэффициент интеллекта менее 50-ти баллов, и около 30% — от 50 до 70 баллов. Остальные 20% детей имеют коэффициент интеллекта средний или выше среднего.
- Для детей, страдающих аутизмом, характерны сенсорно-перцептивные расстройства и дефициты. К ним относятся: гипер- и гипосенситивность к определенным стимулам, чрезмерная избирательность внимания, нарушения, связанные с переключением внимания с одного сенсорного сигнала на другой, а также нарушения, связанные с совмещением различных сенсорных модальностей.

- Дети, страдающие аутизмом, обнаруживают дефицит навыков распознавания психических состояний как других людей, так и своих собственных, включая намерения, эмоции и желания.

- Дети, страдающие аутизмом, обнаруживают общий дефицит когнитивных навыков в процессах многоуровневого планирования и регуляции поведения (т. е. дефицит ведущих функций).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ АУТИЗМА

Ранее считалось, что аутизмом страдают, как минимум, 4–5 из 10 000 детей (Tanguay, 2000). Однако оценки распространенности этого заболевания растут, и, по последним данным, процент больных детей почти в 3 раза превышает указанный выше (Formbonne, 1999). Рост показателей заболеваемости связан с увеличением числа критериев, позволяющих диагностировать аутизм, а также с развитием диагностических средств, позволяющих выявлять более слабые формы заболевания у лиц, характеризующихся достаточно высоким уровнем функционирования (Bryson & Smith, 1998; Gillberg & Wing, 1999).

Аутизм встречается среди представителей всех социальных слоев населения и во всех точках земного шара (Formbonne, Du Mazaumbrun, Cans & Grandjean, 1997; Schopler & Mesibov, 2000).

Мальчики страдают аутизмом приблизительно в три-четыре раза чаще, чем девочки (Formbonne, 1999). Пропорция остается постоянной, несмотря на рост оценок общей распространенности аутизма. Особенно ярко проявляются количественные различия, обусловленные половой принадлежностью, среди детей, чей уровень интеллекта находится в пределах нормы. Однако процент как мальчиков, так и девочек, страдающих одновременно аутизмом и умственной отсталостью в тяжелой форме, примерно одинаков. Это означает, что хотя девочки менее подвержены заболеванию аутизмом, чем мальчики, в тех случаях, когда у них все же возникает аутизм, он сопровождается более *тяжелой* формой умственной отсталости.

Время наступления болезни

Анна-Мария: Первое празднование дня рождения

Анне-Марии исполнился год, мы отмечали ее день рождения и только что торжественно вошли в комнату, неся праздничный торт и распевая поздравительные гимны. Нам стал подпевать и Дэниел, старший брат Анны-Марии, которому исполнилось почти два с половиной года. Анна-Мария, сидящая на своем стульчике для кормления, многозначительно смотрела на торт, но ее мла-

денческое тельце оставалось неподвижным, а на лице не было даже улыбки... Я снова не смог удержаться от невольного сравнения ее со старшим братом, который в свой первый праздник дня рождения визжал от радости... Трудно сказать, когда мы увидели тревожные признаки, в какой момент Анна-Мария стала отдаляться от нас — было ли это в тот период, когда мы в первый раз отмечали ее день рождения, а может быть, раньше или позже? (Maurice, 1993b).

Мы не можем точно указать, когда проявляются первые симптомы аутизма (Koenig, Rubin, Klin & Volkmar, 2000). Большинство родителей страдающих аутизмом детей начинают проявлять беспокойство в период, предшествующий второму дню рождения ребенка. К этому времени для них становится очевидной разница в уровне развития речи, а также в проявлении интереса к играм с участием воображения и к социальным контактам между их ребенком и другими детьми того же возраста. Хотя основные нарушения, связанные с аутизмом, становятся особенно заметными в возрасте около двух лет, отдельные проявления аутизма, вероятно, присутствуют и в значительно более раннем возрасте, о чем свидетельствует торжественная, но молчаливая реакция Анны-Марии на первое в ее жизни поздравление с днем рождения.

Красноречивым подтверждением этого факта стало исследование, проведенное Джулией Остерлинг и Джералдиной Доусон (Julia Osterling, Geraldine Dawson, 1994), предложивших специалистам оценить домашние видеозаписи, сделанные во время первого дня рождения детей, у которых позже был диагностирован аутизм, и контрольной группы нормальных детей. Общие заключения, сделанные педиатрами, и зафиксированная ими разница между здоровыми и больными детьми, проявлявшаяся в таких формах поведения детей, как указывание на предметы пальцем, неспособность принести и показать предмет (например игрушку), неспособность реагировать на собственное имя и в особенности неумение смотреть в лицо другому человеку, позволили совершенно точно предсказать, у кого из детей наблюдаются признаки аутизма.

В настоящее время диагностировать аутизм с достаточной степенью надежности можно в период от 12-ти до 18-ти месяцев (Rogers, 2000a). Однако при условии расширения и углубления систематических исследований нарушения социального взаимодействия при аутизме диагностика этого расстройства станет возможной в значительно более раннем возрасте (Baron-Cohen, Cox et al., 1996; Filipek et al., 1999).

Течение и последствия болезни

Характер симптомов при аутизме изменяется по мере взросления. У большинства детей наблюдается постепенное улучшение, хотя они продолжают испытывать многочисленные проблемы. В подростковом возрасте некоторые симптомы, включающие гиперак-

тивность, самотравмирующее поведение и поведенческую персеверацию, могут даже усилиться. В поздний подростковый и взрослый период стереотипные движения тела, тревожность и неадекватные формы социального поведения остаются характерными даже для больных с высоким уровнем функционирования. Такие больные испытывают чувство одиночества, социальную отчужденность (*inertness*), а также трудности в профессиональной сфере. У них могут развиваться комплексы навязчивых ритуальных действий (*obsessive-compulsive rituals*), а их речь может походить на шизофреническую, с характерными для нее идиосинкразией, речевыми персеверациями, монотонным голосом и склонностью разговаривать с самим собой (Newsom, 1998).

Ниже приводятся полученные в ходе предварительных исследований общие результаты оказания возможной медицинской помощи детям, страдающим аутизмом (Lotter, 1978):

- Около 1–2% больных достигают нормального уровня развития интеллекта, не отличаясь от обычных людей.
- Приблизительно в 10% случаев удалось получить положительный результат, означающий, что больные демонстрируют уровень развития речи и социальное поведение, близкие к нормальному; делают успехи в учебе или на работе, однако у них продолжают наблюдаться некоторые расстройства речи и личности.
- Приблизительно в 20% случаев достигается удовлетворительный (*fair*) результат, при котором наблюдается прогресс в учебе и социальной сфере, несмотря на значительное отставание в речевом развитии.
- Почти в 70% случаев, то есть в подавляющем большинстве, результаты неудовлетворительны; наблюдается лишь незначительный прогресс на фоне существенного отставания в развитии, в результате чего больные вынуждены находиться под присмотром.

Примечательно, что коэффициент интеллекта и уровень речевого развития являются наиболее надежными показателями для прогнозирования последствий аутизма. Для детей, чей коэффициент интеллекта не превышает 50-ти баллов, наиболее вероятны самые низкие уровни социальной адаптации в будущем, а для имеющих коэффициент интеллекта выше 50-ти возможно достижение более высокого уровня социальной адаптации. Дети, начинающие говорить до пятилетнего возраста, также имеют более оптимистичные перспективы в будущем.

Для большинства больных, в особенности для тех, кто обнаруживает также острые или глубокие формы умственной отсталости, аутизм является хронической и неизлечимой болезнью. Для лечения аутизма необходимы ранние интенсивные вмешательства специалистов. В противном случае, несмотря на постепенное ослабление симптомов по мере взросле-

ния аутичных больных, у большинства из них будут сохраняться когнитивные, речевые и коммуникативные нарушения, которые будут отличать их от нормальных людей на протяжении всей их жизни (Piven, Harper, Palmer & Arndt, 1996).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Аутизмом является редкой формой патологии, возникающей, как минимум, у 4–5 из 10 000 детей, однако показатели распространенности этого заболевания продолжают расти. Аутизм встречается среди мальчиков в 3–4 раза чаще, чем среди девочек. Этой болезнью страдают представители всех социальных слоев населения; она также обнаружена во всех странах, в которых проводились соответствующие исследования.
- Наиболее часто аутизм удается диагностировать в возрасте около двух лет или в более старшем возрасте, хотя его отдельные проявления, вероятно, присутствуют и в более раннем возрасте. В большинстве случаев у детей, страдающих аутизмом, с возрастом наступает постепенное улучшение, хотя при этом продолжают наблюдаться социально-коммуникативные нарушения, сохраняющиеся на протяжении всей жизни.
- Коэффициент интеллекта и уровень речевого развития являются наиболее надежными показателями для прогнозирования последствий аутизма.

ПРИЧИНЫ АУТИЗМА

Маловероятно, что какое-либо отдельное нарушение можно рассматривать как единственную причину, вызывающую разнообразные по симптоматике и степени тяжести аутические расстройства (R. A. Mueller & Courchesne, 2000). Хотя специфические причины аутизма до сих пор остаются не выясненными, за последние десять лет достигнут существенный прогресс в понимании возможных механизмов этого заболевания (Gillberg, 1999; Tsai, 1999). Прогресс становится очевидным, если иметь в виду, что еще не так давно причиной аутизма называли отсутствие любви и заботы со стороны родителей (Wing, 1997).

В настоящее время общепринятой является точка зрения, согласно которой аутизм представляет собой нарушение развития нейронных структур (*neurodevelopmental disorder*), имеющее биологическую основу и множественные причины возникновения (Trttier, Srivastava & Walker, 1999). Чтобы понять природу этого расстройства, мы должны принять во внимание проблемы раннего развития, генетические влияния, а также результаты нейропсихологических и нейробиологических исследований.

Проблемы раннего развития

У детей, страдающих аутизмом, чаще, чем у нормальных детей, наблюдаются медицинские проблемы в период пренатального (внутриутробного) развития, во время родов и в послеродовой период (Rodier & Hupan, 1998). Приблизительно в 25% случаев аутизма возникают преждевременные роды, кровотечения в период беременности, токсемия (отравление крови), вирусные инфекции либо их последствия, а также низкий послеродовой тонус. Хотя перечисленные проблемы, возникающие во время беременности и родов, не являются исходной причиной аутизма, они становятся общими факторами риска в период эмбрионального либо неонатального развития (fetal or neonatal development) (Bolton et al., 1997; Piven et al., 1993).

Недавно было выдвинуто крайне спорное предположение о том, что некоторые причины аутизма у детей, имеющих ограниченный словарный запас, а также другие социокоммуникативные поведенческие проблемы, исчезающие на втором году жизни, могут быть связаны с вакцинацией. Особую озабоченность ученых вызвало распространение комбинированной прививки от кори, свинки и краснухи (measles, mumps, rubella, MMR) (Kawahima et al., 2000; A. J. Wakefield et al., 2000). Однако другие исследования, проведенные в странах, в которых ведется подробная регистрация медицинских процедур и заболеваний, не подтверждают наличия связи между данной прививкой и заболеваемостью аутизмом (E. N. Taylor et al., 1999; Afzal, Minor & Schild, 2000).

Генетические влияния

Исследования специфических хромосомных нарушений и генетических мутаций, а также результаты наблюдений за семьями больных и близнецами, позволяют говорить о существенной роли генетических факторов в этиологии аутизма (E. H. Cook, в печати; Lamb, Moore, Bailey & Monaco, 2000; Rutter, 2000a).

Хромосомные нарушения и генетические мутации. Открытие нарушения фрагмента X-хромосомы (fragile-X anomaly, см. главу 9) у 2–3% детей, страдающих аутизмом, привлекло серьезное внимание ученых к данному, а также другим хромосомным нарушениям, как к возможным причинам аутизма (Lincoln, Courchesne, Mascarello, Yeung-Courchesne & Schreibman, 1996; Turk & Graham, 1997). В целом риск хромосомных нарушений среди детей, страдающих аутизмом, на 5% выше, чем среди остальных детей (Barton & Volkmar, 1998; Dykens & Volkmar, 1997). Однако изучение этих нарушений не позволяет определить точное расположение генов, ответственных за данное заболевание, поскольку была обнаружена связь аутизма с аномалиями, затрагивающими практически все хромосомы (Gillberg, 1998; Konstantareas & Homatidis, 1999).

Существует также взаимосвязь аутизма с *бугорчатой склерозом (tuberous sclerosis)* — редкой мутацией участка отдельного гена. Проявления данно-

го заболевания колеблются в широких пределах от легкой до крайне тяжелой формы, включая нейродефициты (neural deficits), припадки и неспособность к обучению. В большинстве случаев болезнь вызвана случайными мутациями и не имеет наследственного характера (Bailey et al., 1996). Как минимум, 25% детей, подверженных этому заболеванию, страдают также и аутизмом. В свою очередь, в 1–4% случаев аутизм сопровождается бугорчатым склерозом, причем среди детей, имеющих также эпилепсию и умственную отсталость, процентное соотношение еще выше. Это означает, что взаимосвязь аутизма с бугорчатым склерозом более тесная, чем с любым другим нарушением, имеющим генетическую природу. Хотя механизмы этой взаимосвязи пока неизвестны, возможно, что аутизм возникает в тех случаях, когда в период важнейших фаз развития нейронов происходят генные мутации, связанные с бугорчатым склерозом, что приводит к поражению участков мозга, ответственных за возможное развитие аутизма (Smalley, 1998).

Наблюдения за семьями больных и исследования близнецов. Наблюдения за семьями больных аутизмом показывают, что от трех до семи процентов братьев и сестер, а также более отдаленных родственников лиц, страдающих аутизмом, также подвержены этому заболеванию (Le Couteur et al., 1996). Таким образом, вероятность того, что двое членов одной семьи окажутся больными аутизмом, в 50–100 раз превышает чисто случайную вероятность (Bolton et al., 1994). Близнецовые исследования показывают, что вероятность заболевания обоих монозиготных близнецов составляет 60–90%, по сравнению с практически нулевой вероятностью для дизиготных близнецов (Bailey et al., 1996).

На основании всех близнецовых исследований и изучения семей больных, можно сделать вывод, что предрасположенность к аутизму передается по наследству более чем в 90% случаев (Rutter, 2000a).

Члены семей, в которых есть аутичные дети, чаще обычного обнаруживают характерный для аутизма, но менее ярко выраженный дефицит речевых и коммуникативных навыков, а также нетипичные черты личности (Piven et al., 1994). К числу таких нарушений, получивших общее название *расширенный фенотип аутизма (broader autism phenotype)*, относятся такие социальные *отклонения*, как отчужденность, навязчивое поведение; *проблемы прагматического использования речи*, гипер- и гипокommunikативность; *проблемы понимания речи*. При этом у членов семей больных аутизмом не наблюдаются нетипичные формы речевого поведения (в частности эхолалия), крайне стереотипные навязчивые формы поведения, а также умственная отсталость и эпилепсия, которые присутствуют в формальной диагностике аутизма (Rutter, 2000a). Эти результаты согласуются с данными о риске передачи аутизма по наследству (Piven, 1999).

Молекулярная генетика. Многообещающие исследования с использованием методов молекуляр-

ной генетики, проведенные в последние годы, позволили определить ген, который, вероятно, является *геном предрасположенности к аутизму (susceptibility gene)*. Он обнаружен в хромосоме 7 (International Genetic Study of Autism Consortium, 1998). Гены предрасположенности увеличивают вероятность возникновения аутизма, однако они не являются непосредственной причиной заболевания. Также изучались нарушения хромосомы 15 (E. H. Cook et al., 1998). Выявление связи отдельных генов с аутизмом представляет собой существенный прогресс в нашем понимании этой формы патологии и его специфических компонентов (Stodgell, Ingram & Hyman, 2000). Однако обнаружение отдельного гена, ответственного за аутизм, лишь в *некоторой* степени позволяет определить генетический риск его возникновения. Необходимы дальнейшие исследования с целью обнаружения взаимодействующих между собой генов, которые, вероятно, в значительно большей степени, чем какой-то отдельный ген, могут являться причиной аутизма (Rutter, 2000a).

Структурные нарушения и функциональные расстройства мозга

Хотя пока не найдено ни одного биологического показателя (biological marker) аутизма, за последнее время достигнут значительный прогресс в изучении биологической основы этой формы патологии (Rapin & Katzman, 1998). Повышенная вероятность эпилепсии, а также наличие отклонений от нормы, фиксируемых на электроэнцефалограмме (EEG abnormalities), приблизительно у половины лиц, страдающих аутизмом, в целом свидетельствуют о нарушениях функционирования мозга при этом заболевании. Кроме того, была обнаружена связь ряда патологий мозга с нарушениями, возникающими на самых ранних стадиях развития центральной нервной системы, приблизительно после 10-й недели начала беременности (Gillberg, 1999; Minshew, Johnson & Luna, 2000).

Нейропсихологические нарушения, связанные с аутизмом, могут затрагивать вербальное мышление, направленное и избирательное внимание, память, прагматическое использование речи, а также ведущие функции (G. Dawson, 1996). Значительная распространенность подобных нарушений свидетельствует о множественном поражении различных участков мозга как на кортикальном, так и на субкортикальном уровне (Harpe & Frith, 1996). Типы нейропсихологических нарушений у детей различаются также в зависимости от тяжести заболевания. Так, у детей, страдающих аутизмом и отличающихся низким уровнем функционирования, наблюдаются нарушения основных функций памяти, в частности памяти, ответственной за опознавание зрительных образов, которая опосредуется срединной височной долей головного мозга (mediated by the brain's medial temporal lobe) (Barth, Fein & Waterhouse, 1995). Напротив, у детей, отличающихся высоким уровнем функционирования, могут наблюдаться менее выраженные нарушения рабочей памяти или функций кодирования сложной вербальной информации, требующей участия высших кортикальных функций (Dawson, 1996).

Результаты биологических исследований. Исследования снимков мозга (brain imaging) направлены на поиск структурных нарушений и функциональных расстройств, а также на изучение регулярно наблюдаемых локальных повреждений определенных участков мозга (consistently localized brain lesions), связываемых с симптомами аутизма (Kemper & Bauman, 1993; Minshew & Dombrowsky, 1994; Rumsey & Ernst, 2000). Нарушения коры лобных долей мозга (frontal lobe cortex) регулярно встречаются у лиц, страдающих аутизмом (Carper & Courchesne, 2000). В ходе исследований также были выявлены регулярные структурные нарушения мозжечка (cerebellum) и срединной височной доли (medial temporal lobe), а также связанных с ними структур лимбической системы (Courchesne, Chisum & Townsend, 1994; Saiton & Courchesne, 1998).

Мозжечок, относительно крупный отдел головного мозга, расположенный вблизи ствола, связывается большинством ученых с моторной двигательной активностью (motor movement). Однако он также отчасти отвечает за такие функции, как речь, обучаемость, эмоции, мышление и внимание (Courchesne, Townsend & Chase, 1995). Было обнаружено, что у большинства лиц, страдающих аутизмом, отдельные участки мозжечка имеют размеры значительно меньшие, чем это характерно для нормы (Courchesne et al., 1995). Выказывались предположения, что патологиями мозжечка могут быть вызваны проблемы, связанные с быстрым переключением внимания с одного стимула на другой, характерные для детей, страдающих аутизмом.

Предполагается также, что с аутизмом связаны нарушения, возникающие в срединных височных долях и соединенных с ними структурах лимбической системы, к которым относятся миндалевидное тело (amygdala) и гиппокамп (hippocampus). Считается, что эти отделы мозга отвечают за эмоциональную саморегуляцию, обучаемость и память — функции, часто нарушенные у лиц, страдающих аутизмом. Миндалевидное тело* играет особо важную роль в определении эмоционального значения стимулов и соотношения социального поведения с получением вознаграждений (положительных подкреплений). Помимо этого оно играет ключевую роль в ориентации на социальные стимулы; в восприятии стимулов, расположенных по направлению взгляда; а также, наряду с гиппокампом, в функционировании долговременной памяти. Повреждение данных участков мозга у животных ведет к появлению форм поведения, сходных с наблюдаемыми при аутизме, таких как социальная отчужденность, поведенческие персеверации, проблемы с адаптацией к новым стимулам и ситуациям, а также неспособность к обучению, связанному с распознаванием опасных ситуаций. Однако мы должны быть крайне осторожными, обобщая вы-

* Миндалевидное тело, Corpus amygdaloideum — округлое скопление серого вещества в передней части височной доли большого мозга; большая часть его эфферентных волокон соединена с гипоталамусом и медиодорсальным ядром таламуса; остальные волокна обеспечивают связь с корой височной доли. — *Прим. ред.*

явленные факты применительно к аутизму (generalizing from these findings directly to autism).

На основе полученных снимков мозга были проведены исследования метаболизма головного мозга у лиц, страдающих аутизмом. Снимки указывают на ослабленное кровообращение (decreased blood flow) в лобных и височных долях. В ходе исследований было выявлено также ослабление функциональных взаимосвязей между кортикальными и субкортикальными участками головного мозга, а также факт задержки созревания (maturation) лобных участков коры, о чем свидетельствует ослабленное кровообращение в лобных долях у детей дошкольного возраста, страдающих аутизмом (рис. 10.5).

Эти данные говорят о возможной задержке созревания лобных долей, что соотносится с клиническим данным о нарушениях ведущих функций при аутизме (Zilbovicius et al., 1995).

Выдвигались различные гипотезы, касающиеся нарушений нейротрансмиттеров* при аутизме (E. H. Cook, 1990; Narayan, Srinath, Anderson & Meundi, 1993). Наиболее убедительным подтверждением этих гипотез являются данные, согласно которым около одной трети лиц, страдающих аутизмом, имеют повышенное содержание серотонина** в крови, — по данному показателю они входят в число лиц, имеющих наиболее высокий уровень серотонина, и составляющих 5% всего населения (E. H. Cook & Leventhal, 1996).

Аутизм как нарушение развития мозга. Полученные данные подтверждают наличие серьезных нарушений развития мозга при аутизме, вызывающих характерные симптомы, которые наблюдаются при обработке информации (Gillberg, 1999). Эти нарушения затрагивают ряд процессов нейронной организации мозга, включая развитие дендритов и аксонов, формирование синаптических контактов, программируемую клеточную смерть (programmed cell death), а также избирательную блокировку нейронных процессов (selective elimination of neuronal processes) (Minschew, 1996). Учитывая трудности, которые испытывают дети, страдающие аутизмом, при обработке социальной информации, было высказано предположение, что при аутизме возникают дисфункции систем мозга, ответственных за развитие социально значимых когнитивных навыков; к этим системам, возможно, относятся срединные височные и орбитальные лобные доли (orbital frontal lobe) (Baron-Cohen et al., 1999). Что касается возможных нейронных структур, нарушения которых вызывают ранние симптомы аутизма, наиболее вероятной представляется связь между патологи-

ей миндалевидного тела и ранними дефицитами навыков ориентации на социальные стимулы, подражательной моторики, сопереживания и эмпатии (G. Dawson, 1996).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Аутизм биологически обусловлен нарушением развития нейронных структур, которое может быть вызвано множественными причинами.
- Аутизм обусловлен генетически, хотя специфические гены, ответственные за возникновение аутизма еще предстоит определить.
- У родственников больных наблюдается дефицит коммуникативных, речевых и когнитивных навыков, выходящий за пределы нормы и аналогичный по своему характеру наблюдаемому при аутизме, но выраженный в менее острой форме и не сопровождаемый умственной отсталостью и эпилепсией.
- Нейропсихологические нарушения при аутизме затрагивают высшие функции, включая мышление, внимание, память, речь и ведущие функции.
- Кроме того, у аутичных больных обнаружены структурные нарушения мозжечка, средней височной доли, а также связанных с ними структур лимбической системы.

ЛЕЧЕНИЕ АУТИЗМА

Я не считала нейрохирургических операций, не считала, сколько я перепробовала лекарств, видов диеты, поведенческих программ. Если их набралось уже пятьсот, значит, осталось перепробовать на пятьсот меньше... Я продолжаю верить... Я верю, что мой сын сможет поправиться.

(Swackhamer, 1993).

У людей, страдающих аутизмом, имеются биологические дефекты. Хотя их нельзя излечить, можно сделать многое для улучшения их жизни.

(U. Frith, 1997).

В этих двух высказываниях, первое из которых принадлежит матери ребенка, больного аутизмом, а второе медицинскому эксперту, мы можем ощутить надежду, сомнения и боль, сопровождающие попытки помочь детям, страдающим аутизмом, и членам их семей. Весьма скромные успехи современной медицины, направленные на полное устранение симптомов аутизма, заставляют родителей настороженно относиться к сообщениям о новых эффективных методах

* Нейротрансмиттер, нейромедиатор — любой специфический агент, высвобождаемый пресинаптическими клетками при их возбуждении; возбуждает или тормозит постсинаптическую клетку. — *Примеч. ред.*

** Серотонин — сосудосуживающее вещество, вырабатываемое тромбоцитами, присутствует в относительно высоких концентрациях в некоторых областях ЦНС, многих периферических тканях и клетках, а также в опухолях. — *Примеч. ред.*

лечения. Особенно ярко этот скептицизм проявился после того, как такие широко разрекламированные средства, как специальные виды диеты (в частности не содержащие глютена и казеина), а также секретин (гормон, контролирующий пищеварение) после тщательной научной проверки их эффективности не оправдали возлагаемых на них ожиданий (Gresham, Beebe-Frankenberger & MacMillan, 1999; Mulick & Schwartz, 1995; Н. Н. Spitz, 1996; Volkmar, 1999).

Хотя с помощью поведенческих, образовательных и медикаментозных методов лечения удается добиться прогресса в сфере поведения и обучаемости детей, страдающих аутизмом, а для некоторых из них — даже достичь близкого к нормальному уровня функционирования, средств, ведущих к полному излечению аутизма, пока не найдено. Большинство применяемых в настоящее время средств направлено на максимальную реализацию потенциала ребенка, а также на помощь ему и его семье в их усилиях по борьбе с этой болезнью (Volkmar, Cook, Pomeroу, Realmuto & Tanguay, 1999). Успехи последних лет, включающие разработку новых перспективных программ раннего вмешательства, предоставление большим специальным условий проживания и участие их в специальных образовательных программах позволяют надеяться, что нам удастся существенно облегчить жизнь детей, страдающих аутизмом (Dawson & Osterling, 1997; Newsom, 1998). У большинства детей,

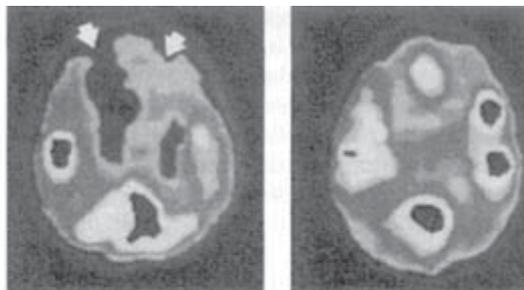
участвующих в этих программах, наблюдается значительный прогресс, особенно заметный по результатам измерений интеллектуального коэффициента (этот показатель увеличивается от 7 до 28 баллов). Тем не менее необходимы строгие исследования (controlled studies), прежде чем мы сможем оценить эффективность новых методов лечения в долгосрочной перспективе (Gresham et al., 1999; Smith, 1999).

Разные дети — разные методы лечения

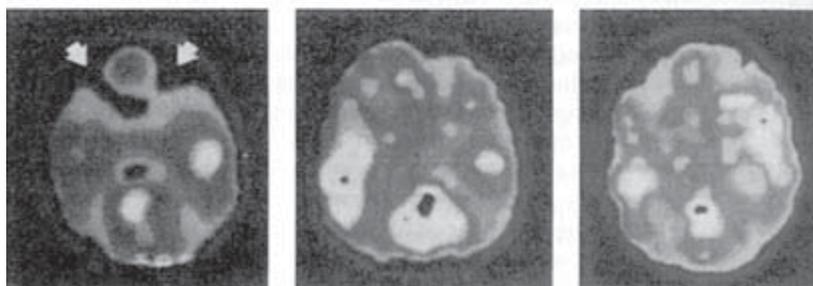
У детей, страдающих аутизмом, наблюдаются значительные различия в тяжести проявления симптомов, степени нарушений речи и в уровне интеллектуального развития. Поэтому нет ничего удивительного в том, что эти различия оказывают существенное влияние на результаты, которых можно ожидать от лечения аутизма.

Примером тому служат истории Памелы и Рикки (см. врезку 10.4). Оба ребенка участвовали в интенсивных программах лечения в семи-восемилетнем возрасте. В детстве Рикки отличался от Памелы более высокими интеллектуальными способностями и уровнем речевого развития, и эта разница отразилась на результатах лечения, а также на образе их жизни в зрелые годы. Памела, которая в детстве отставала, по сравнению с Рикки, и по интеллектуаль-

Ребенок, страдающий аутизмом



Контрольная группа



1 год

3 года

6 лет

Рис. 10.5. Данные изображения участков головного мозга указывают на неустойчивую лобную гипоперфузию (transient frontal hypoperfusion) (пониженное внутримозговое кровообращение), наблюдаемую у детей, страдающих аутизмом. Верхний ряд: Ребенок, страдающий аутизмом, в трехлетнем и шестилетнем возрасте. Обследование методом фотонной томографии (SPECT — single photon emission tomography), проведенное в трехлетнем возрасте, выявило явные признаки двусторонней лобной гипоперфузии (участки, отмеченные белыми стрелками), однако аналогичное обследование, проведенное в возрасте шести лет, свидетельствует о нормальной лобной перфузии. Нижний ряд: Контрольная группа нормальных детей. Обследование с помощью тех же методов показало наличие лобной гипоперфузии в возрасте одного года (участки, отмеченные белыми стрелками) при нормальной перфузии в возрасте трех лет. Обнаруженные различия указывают на возможную задержку созревания лобных долей у детей, страдающих аутизмом, — результаты, согласующиеся с данными о нарушениях ведущих функций (Zilbovicius et al., 1995).

ным, и по речевым показателям, и в зрелом возрасте нуждалась в условиях проживания, предусматривающих более тщательный контроль. На примере этих детей мы можем видеть, как стратегии и цели лечения, а также ожидания его возможных результатов, зависят от состояния ребенка в каждом конкретном случае.

Лечение аутизма у детей с низким уровнем интеллектуального развития. Дети, страдающие глубокой или острой формой умственной отсталости, как правило, на протяжении всей жизни нуждаются в особых условиях, предусматривающих постоянный присмотр. Особенно неблагоприятны прогнозы для детей, которые не овладели речью к пятилетнему возрасту, испытывают серьезные трудности в общении, обнаруживают признаки расстройств центральной нервной системы, имеют генетические нарушения и отклонения в развитии двигательной активности.

Стратегии лечения детей, отличающихся низким уровнем функционирования, прежде всего направлены на устранение самотравмирующих форм поведения. Эти стратегии предполагают обучение детей навыкам самообслуживания, выполнению простых просьб и соблюдению правил поведения; усвоение социальных навыков и способов выражения эмоций; развитие способности сообщать другим о своих нуждах; обучение игровым навыкам. По мере взросления все большее внимание уделяется привитию навыков ведения домашнего хозяйства, а также навыков профессиональной деятельности, с целью подготовить ребенка к относительно самостоятельной жизни и работе в условиях наблюдения. При работе с родителями необходимо вести себя крайне осторожно, чтобы, с одной стороны, не вселять неоправданные надежды на значительное улучшение состояния их детей, а с другой — не допустить формирования пессимистического отношения к их будущему. Необходимо подчеркивать значение достигнутого прогресса, пусть даже незначительного, а также говорить об умении ценить личность своего ребенка за его уникальность (Newsom, 1998).

Лечение аутизма у детей с высоким уровнем функционирования. Долгосрочные результаты лечения детей, развитие интеллекта которых колеблется от средней формы умственной отсталости до нормального уровня, зависят от того, когда началось лечение, и от его интенсивности. Наиболее вероятно ожидать достижения нормального или близкого к нормальному уровня развития теми детьми, которые отличаются высоким уровнем функционирования и получили интенсивную помощь в раннем возрасте, и у которых наблюдался быстрый прогресс в начале лечения.

Кроме того, перед детьми, отличающимися высоким уровнем функционирования, в данном случае ставятся также новые цели. К ним относятся обучение беглой речи, адекватным формам взаимодействия со сверстниками, а также формам поведения и навыкам, которые необходимы для обычной шко-

лы. К работе с детьми также активно привлекаются родители, которые могут проводить домашнюю терапию с использованием специальных учебных пособий и материалов. При работе с более старшими детьми, отличающимися высоким уровнем функционирования, но не получившими медицинскую помощь на ранних этапах развития, ставятся следующие цели: успешное обучение в специальных образовательных классах, а также развитие речевых, социальных и профессиональных навыков.

В целом результаты лечения детей, отличающихся высоким уровнем функционирования, могут очень сильно различаться в зависимости от личности ребенка, типа семьи, качества лечения и обучения в раннем возрасте, а также от тех условий, в которых они будут жить по мере взросления (Newsom, 1998).

Общий обзор

Эмилия: Полный рабочий день

Когда Эмили было два года, ей поставили диагноз аутизм. «С тех пор мы полагались только на себя», — вспоминает мать Эмили, и в глазах ее блещет слезы. Родители больного ребенка читали о детях, страдавших аутизмом и ставших выдающимися учеными и музыкантами. Однако у Эмили, которой сейчас исполнилось четыре года, все еще не заметно почти никакого прогресса. Два месяца назад родители пригласили специалиста, который обучил их новой методике работы с ребенком «один на один», позволяющей установить с ним личный контакт с помощью системы поощрений.

На стенах коридора висят картинки, изображающие еду; на холодильник приклеен нарисованный стакан молока. После нескольких лет, в течение которых Эмилия выражала свои желания лишь криками и судорожными телодвижениями, она учится сообщать другим о своих нуждах. Если она показывает на предмет, который ей нужен, она получает вознаграждение — ей дают чипсы или позволяют поиграть со своей любимой игрушкой. Лицом к лицу каждый день мать и дочь сидят по два часа на полу, тесно касаясь друг друга ногами. «Эмилия, слушай, что говорит мама, и смотри мне в глаза. Смотри на меня и скажи «да», скажи «да». Любишь чипсы, Эмилия? Получишь, если скажешь «да»».

Мать терпеливо и упорно добивается от дочери ответа, держа в руке пакет с чипсами. Но Эмилия бежит к электрорадиатору, забирается на него и начинает раскачиваться. Когда мать снимает ее оттуда, она пронзительно кричит, отбивается и с плачем катается по полу. Через минуту истерика проходит и урок начинается заново. На этот раз Эмилия смотрит на мать и произносит «да», протягивая руку к чипсам. «Молодец, видишь, у тебя получилось, я знала, что у тебя

КРУПНЫМ

ПЛАН О М

Врезка 10.4

Памела и Рикки:

Жизнь в борьбе с хроническим недугом

В 1964 году в Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе психолог Айвар Ловаас (Ivar Lovaas) начал осуществлять долгосрочную научно-терапевтическую программу. Памела и Рикки оказались в числе первых детей, страдающих аутизмом, участвующих в интенсивной программе терапевтического вмешательства.

В возрасте семи–восьми лет и у Памелы, и у Рикки наступило значительное улучшение, хотя у них все еще наблюдалось отставание в развитии речевых и социальных навыков. К сожалению, через 14 месяцев их пришлось перевести в муниципальную (state) больницу, чтобы аналогичную помощь могли получить также и другие дети. Персонал муниципальной больницы не имел возможности закончить начатую с детьми программу. К сожалению, ни Памела, ни Рикки не смогли сохранить достигнутых результатов. Однако последние годы в муниципальной больнице также проводятся программы поведенческой терапии, благодаря участию в которых состояние обоих больных улучшилось.



Памела в возрасте 7 лет



Памела в возрасте 27 лет

Памела и сейчас находится в муниципальной больнице, где она выполняет простейшие бытовые поручения, однако она утратила большую часть речевых навыков.

Рикки живет в небольшом учебном домике, принадлежащем районной Социальной Службе* (community). Он утратил большую часть речевых навыков и спонтанность.



Рикки в возрасте 8 лет



Рикки в возрасте 28 лет

В отличие от Памелы, Рикки удалось освоить некоторые виды рукоделия, в частности, плетение ковриков, кроме того, он участвует в общественной жизни Социальной Службы.



* Контекстуальное значение слова *community* не поддается однословному переводу, поскольку не имеет соответствующих аналогов в русском языке и культуре. Здесь *community* означает группу психически больных людей, находящуюся под опекой специальной государственной Социальной Службы — Social Services. Этой организации принадлежат специальные школы, мастерские и дома, что позволяет больным людям вести относительно самостоятельную жизнь, не оставаясь в социальной изоляции. Поскольку слова «коммуна» и «община» имеют нежелательные коннотации, вполне уместно заменить их здесь Социальной Службой. См также Longman Dict., *community care*. — Примеч. ред.

Источник: Лечение детского аутизма методом поведенческой терапии/Под ред. Е. Л. Андерсон.

обязательно получится», — мать девочки сияет. С помощью вознаграждений мать Эмилиии сумела расширить словарный запас девочки уже до двадцати двух слов. Для родителей это фантастическое достижение.

«Нам приходится ее мотивировать, — говорит мать, которой удается отдохнуть лишь пару раз в месяц, когда они с мужем выбирают вечером куда-нибудь в город. — Если с ней не заниматься, она куда-нибудь залезет или спрячется и просядет там целый день. Я не переживу, если ее придется отправить в психиатрическую больницу, где она будет полностью отрезана от мира. Я чувствую, что мы мало-помалу находим нужный подход. — Тяжело вздохнув, мать продолжает: — Раньше она на нас вообще внимания не обращала. Она никогда не проявляла к нам нежности, даже не смотрела нам в глаза. А теперь она на меня смотрит и говорит: «мама». Иногда она обнимает меня. Такое бывает не каждый день, но когда это случается, у меня просто сердце замирает» (адаптировано из Semenak, 1996).

Пример Эмилиии дает нам возможность понять те трудности, разочарования и надежды, которые испытывают члены семьи, прилагая все усилия для того, чтобы их ребенок стал нормальным человеком. Обширный обзор наиболее эффективных методов работы с аутичными детьми и членами их семей представлен в табл. 10.2. В их число входят: общие стратегии, помогающие вовлечь ребенка в терапевтический процесс; специальные методики, направленные на снижение деструктивности поведения; программы обучения адекватному социальному поведению и развития коммуникативных навыков. Участие родителей в таких программах позволяет им самим взять на себя важную роль в процессе лечения своего ребенка и справиться со сверхнагрузками, которые возникают при воспитании аутичных детей. При этом лечебные методики часто являются составной частью многоцелевых программ раннего вмешательства (Newsom, 1998; Schopler & Mesibov, 2000; Schreibman & Koegel, 1996). Кроме того, широкое распространение получили образовательные программы, а в ряде случаев успешно используются также медикаменты (в частности рisperидон (risperidone)), с целью устранения нежелательных поведенческих симптомов (McDougle et al., 1997, 2000).

Отдельные методы лечения, как правило, направлены на преодоление конкретных социальных, коммуникативных, когнитивных или поведенческих нарушений, характерных для детей, страдающих аутизмом, и рассмотренных нами в данной главе. Поскольку самим детям, как правило, крайне трудно обобщать усвоенный материал и адаптировать полученные навыки по отношению к новым ситуациям, обучение этим аспектам поведения должно непосредственно входить в программы раннего вмешательства.

Огромное значение имеют также индивидуальный подход и адаптация любого метода лечения к

потребностям и условиям конкретного ребенка и его семьи, так чтобы каждый ребенок мог полностью развить свой потенциал.

Начальные стадии лечения. Задачами начальной стадии лечения является установление раппорта и формирование у ребенка навыков, необходимых для обучения. Разработан целый ряд процедур, помогающих детям почувствовать себя комфортно в присутствии психотерапевта и в близком физическом контакте с ним, а также процедур, позволяющих определить те вознаграждения, использование которых может быть наиболее эффективным при формировании у данного ребенка привязанности, навыков социального поведения и игровых навыков. Имитация игры может стимулировать такие формы поведения, как зрительный контакт, прикосновения и вокализации, направленные на психотерапевта, а вовлечение ребенка в совместную игру с использованием его любимых игрушек помогает преодолению социальной отчужденности. Подобные процедуры используются на всем протяжении лечения.

Для достижения положительных результатов лечения дети должны научиться сидеть на стуле, подходить, когда их зовут, и выполнять команды своего воспитателя. Эти подготовительные навыки формируются у ребенка постепенно. Некоторые используемые при этом пошаговые процедуры, включающие предъявление ребенку стимула и требующие от него определенной реакции, называются **тренингом дискретных проб (discrete trial training)**. Другие процедуры, закрепляющие подготовительные навыки, называются **тренингом, использующим естественно возникающие случайные возможности (incidental training)**. Наиболее эффективные программы, как правило, совмещают оба подхода.

Ослабление деструктивности поведения. Для маленьких детей, страдающих аутизмом, характерны различные формы поведения, мешающие процессу лечения, к которым относятся истерики или бросание предметов, самостимулирующее, агрессивное и само травмирующее поведение. Такие формы поведения, которые часто являются реакцией детей на требования, предъявляемые к ним на ранних стадиях лечения, должны быть устранены, чтобы дети могли усвоить более адекватные формы социального взаимодействия и коммуникации. Для преодоления деструктивных форм поведения разработан ряд эффективных процедур, к которым относятся соревновательные действия, подкрепляемые вознаграждениями, игнорирование, а также мягкие формы наказания детей.

Обучение адекватным формам социального поведения. Обучение детей, страдающих аутизмом, адекватным формам социального поведения является одной из основных задач процесса лечения (Rogers, 2000b). Роль социальных аспектов поведения (social cues) может подчеркиваться тем, что психотерапевт будет сопровождать свою работу по фор-

мированию социальных навыков действиями или занятиями, которые нравятся детям. Детей также учат выражать свои эмоции с помощью улыбки, объятий и поцелуев — форм поведения, посредством которых дети могут выразить свою взаимность в ответ на проявления нежности по отношению к ним. Детям также показывают, как адекватно выражать свои эмоции вербально или с помощью мимики (Gena, Krantz, McClannahan & Poulson, 1996). Другие методы, развивающие способность к социальному взаимодействию, включают обучение социальным играм с использованием игрушек, социальным играм с участием воображения, а также формирование таких специфических социальных навыков, как подражание и поддержание контакта с другими, способность делиться игрушками и выполнение игровых действий по очереди, а также вовлечение в игру сверстников.

Распространенной методикой обучения детей, страдающих аутизмом, адекватным формам социального поведения является вовлечение во взаимодействие с больными нормальных либо имеющих незначительные нарушения детей того же возраста. Сверстников обучают инициировать у больных соответствующие их возрасту формы социальных взаимодействий — вовлекать их в игры, комментиро-



Мать Эмили, четырехлетней девочки, страдающей аутизмом, ежедневно часами занимается со своей дочерью, сидя с ней на полу и глядя ей в глаза.

вать игровые действия, а также стимулировать и вознаграждать ответные реакции своих партнеров по игре. Учитель может направлять и вознаграждать действия сверстников больного ребенка. Другие стратегии включают стимулирование и вознаграж-

КРУПНЫМ ПЛАНом

Таблица 10.2 Обзор методов лечения аутизма

Начальные стадии лечения

- Установление раппорта
- Формирование подготовительных навыков обучения
- Частичное или полное устранение деструктивных форм поведения

Обучение адекватным формам социального поведения

- Обучение навыкам подражания и наблюдения
- Выражение эмоций
- Социальные игры и социальные групповые навыки
- Программы вмешательства с участием сверстников (Peer-mediated intervention)
 - Процедуры, инициируемые сверстником
 - Процедуры, инициируемые ребенком
 - Процедуры, инициируемые братьями или сестрами ребенка

Обучение адекватным коммуникативным навыкам

- Речевое оперантное обусловливание* (Operant speech training)
 - Вербальная имитация
 - Рецептивное обозначение (Receptive labeling)
 - Экспрессивное обозначение (Expressive labeling)
 - Тренинг, использующий естественно возникающие случайные возможности (Incidental teaching)
- Обучение языку жестов

Участие семьи

- Обучение родителей
- Консультирование родителей

Программы раннего вмешательства

- Дошкольные программы
- Домашние программы

Образовательные программы

Психофармакологическое/соматическое вмешательство

Источник: Newsom, 1998.

дение при обучении больных детей инициировать контакты с другими людьми. В ряде случаев в процесс взаимодействия вовлекаются братья и сестры больных детей в качестве обучающихся сверстников (Strain, Kohler & Goldstein, 1996).

Обучение адекватным коммуникативным навыкам. Разработан ряд техник, помогающих детям, страдающим аутизмом, развить навыки адекватного использования речи. **Метод речевого оперантного обусловливания (Operant speech training)** представляет собой поступенчатую («шаг за шагом») технику, направленную на развитие у больных детей вокализации; обучающую их имитировать произнесение звуков и слов, понимать значения слов, использовать экспрессивную речь для обозначения (label) предметов и для выражения просьб и желаний. Основной задачей данного подхода является обучение детей, страдающих аутизмом, более спонтанно и более функционально использовать речь в повседневных жизненных ситуациях, так, чтобы они научились влиять на поведение других и более эффективно сообщать о своих потребностях (Koegel & Koegel, 1996; Newsom, 1998).

Наряду с перечисленными методами для развития коммуникативных навыков у аутичных детей может использоваться также *обучение языку жестов*, так как многим из них легче общаться с помощью невербальных средств. Но поскольку нормативным является речевое общение, для большинства детей в первую очередь рекомендуется речевой тренинг. Если у ребенка не наблюдается прогресс при обучении только вербальным средствам общения, можно применять симультанный коммуникативный тренинг, сочетающий речевое обучение и язык жестов. Детей, которые практически не способны имитировать речь, как правило, обучают, используя симультанный коммуникативный тренинг либо только язык жестов.

Программы раннего вмешательства

С появлением новых методик диагностики аутизма в самом раннем возрасте значительно возросли возможности раннего вмешательства (Erga, 2000).

Перспективность раннего вмешательства объясняется пластичностью психики на ранних стадиях развития (Mundy & Neal, 2000). Ученым еще предстоит научная проверка гипотезы, согласно которой, вызывая у аутичных детей в очень раннем возрасте сильные и сложные переживания, можно стимулировать ментальные процессы, что позволит добиться результатов, недостижимых другими средствами (Dawson, Ashman & Carver, 2000).

Программы раннего вмешательства для детей, страдающих аутизмом, могут начинаться в трех-четырехлетнем или даже в более младшем возрасте. Коэффициент интеллекта детей, участвующих в программах, в среднем, составляет от 50-ти до 60-ти баллов, хотя в возрасте, когда с детьми начинается работа по программе, этот показатель обычно еще не измеряется. В рамках программ раннего вмешательства проводится индивидуальная работа психотера-

певта с ребенком в течение 15–40 часов в неделю при активном участии семьи больного. Программы проводятся в домашних условиях или в дошкольных учреждениях; при этом предпринимаются усилия к тому, чтобы больной ребенок взаимодействовал с нормальными сверстниками, особенно на поздних стадиях лечения. Ключевые элементы программ раннего вмешательства для детей, страдающих аутизмом, перечислены во врезке 10.5.

Тщательное исследование данных, касающихся приблизительно 150 детей, прошедших программы раннего вмешательства, говорит о том, что значительное число этих детей могут успешно учиться в условиях обычной школы, хотя тип образовательного учреждения и объем предоставляемой им помощи колеблется в значительных пределах. Программы раннего вмешательства также благотворно влияют на процесс общего развития детей, о чем свидетельствуют результаты тестов, определяющих уровень развития и интеллекта, а также наблюдения в условиях учебных классов (G. Dawson & Ostreling, 1997).

Проект лечения раннего аутизма (Калифорнийский университет в Лос-Анджелесе) (The UCLA Young Autism Project). Проект начал свою работу около 35 лет назад под руководством Айвара Ловааса. Данный проект является наиболее разработанной и предполагающей наибольший объем помощи программой раннего вмешательства; в программе участвуют дети в возрасте от полутора лет; кроме того, это единственная программа, эффективность которой можно было оценить по отношению к контрольной группе детей того же возраста, участвовавших в менее интенсивной программе лечения аутизма (McEachin, Smith & Lovaas, 1993; T. Smith & Lovaas, 1998). Результаты прохождения программы тремя детьми, характеризующимися различным уровнем функционирования, описаны во врезке 10.6.

Программа содержит многие базовые принципы раннего вмешательства и основана на применении прикладного поведенческого анализа (applied behavioral analysis), включающего использование поощрений и наказаний, а также формирование навыков методом успешного приближения (successive approximation). Обучение родителей направлено на то, чтобы они сами выполняли основную терапевтическую роль, получая рекомендации и помощь от студентов, работающих вместе с детьми и родителями на дому. Средний возраст детей, с которыми начинается работа по программе, составляет 32 месяца.

В ходе научного исследования всех детей, прошедших программу, разделили на три группы. Хотя распределение не было произвольным, все три группы были примерно одинаковы по возрастному составу, уровню развития речи и интеллекта и другим показателям, полученным до начала лечения. Экспериментальная группа состояла из 19 детей, с которыми проводилось по 40 часов интенсивных занятий в неделю. Первая контрольная группа состояла из 19 детей, посещавших специальные классы и прошедших 10-недельную программу индивидуальных занятий. Дети из второй контрольной группы (21 ребенок) участвовали в другом, более масштабном

исследовании. Они посещали специальные классы, но с ними не проводились индивидуальные занятия.

Первый год занятий экспериментальной группы был прежде всего посвящен устранению деструктивного поведения, достижению согласия, уступчивости, усвоению навыков подражания и обучению соответствующих возрасту играм с использованием игрушек. Второй год занятий был посвящен развитию экспрессивной и абстрактной речи, а также интерактивным играм. Кроме того, детей обучали, как вести себя в условиях дошкольного учреждения, и по возможности включали их в обычные подготовительные группы. На третьем году занятий основное внимание уделялось подготовке детей к школе, развитию чувства уверенности в себе, усвоению навыков выражения эмоций, а также навыков учебного наблюдения.

Первые итоги были подведены, когда дети достигли семилетнего возраста. Результаты оказались поразительными: 47% участников экспериментальной группы имели нормальный уровень образования и интеллекта. Они успешно прошли программу первого класса обычной школы без посторонней помощи и были рекомендованы учителями для продолжения обучения во втором классе обычных школ. Их коэффициент интеллекта, оцененный по стандартным интеллектуальным тестам, соответствовал или превышал средние показатели для их возраста. Средние результаты детей из этой группы по интеллектуальным тестам выросли на 37 баллов — с 70 до 107; для экспериментальной группы в целом средний коэффициент интеллекта (mean IQ) вырос с 53 до 83 баллов. Результаты детей из обеих контрольных групп оказались намного хуже: только один из сорока детей был зачислен в первый класс обычной школы; в целом же улучшение результатов детей из этих групп по интеллектуальным тестам было минимальным. Уровень развития детей, входивших в экспериментальную группу, был повторно оценен, когда их средний возраст достиг 13-ти лет — результаты оказались аналогичными. Девять детей, которые были зачислены в обычные школы, практически ничем не отличались от своих нормальных сверстников.



Речевая терапия ребенка, страдающего аутизмом.

Участие в программах раннего вмешательства имеет положительные результаты для подавляющего большинства детей, страдающих аутизмом, однако по-прежнему неясно, в какой степени прогресс этих детей зависит от уровня их интеллектуального и речевого развития, и каковы могут быть долгосрочные результаты их участия в таких программах (Rogers, 1998; T. Smith, Eikeseth, Klevstrand & Iovaas, 1997). Согласно некоторым непроверенным данным и отчетам о проведенных исследованиях, часть детей может достичь нормального уровня функционирования при условии интенсивного вмешательства, начавшегося в возрасте ранее трех лет (Maurice, 1993b; McEachin et al., 1993). Однако вопрос, могут ли дети, страдающие аутизмом, достичь полного выздоровления, продолжает оставаться спорным (Gresham & MacMillan, 1997a, 1997b; T. Smith & Iovaas, 1997).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Большинство методов лечения аутизма направлено на максимальную реализацию потенциала каждого ребенка, а также на помощь ему и его семье в их усилиях по борьбе с болезнью.
- В большинстве наиболее эффективных методов лечения детей, страдающих аутизмом, используются детально разработанные стратегии, ориентированные на развитие основных навыков; методики лечения аутизма адаптируются применительно к каждому конкретному ребенку, а также включают образовательную и консультативную помощь семье больного.

ДРУГИЕ ТЯЖЕЛЫЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Другие тяжелые расстройства, вызванные нарушениями развития, значительно менее изучены, чем аутизм. Хотя все они имеют ряд общих клинических черт, наличие взаимосвязи между ними пока не установлено. Помимо аутизма в Руководстве (DSM-IV-TR) определены еще четыре тяжелых расстройства развития.

Синдром Аспергера

Синдром Аспергера характеризуется преобладающим дефицитом социального взаимодействия, а также нетипичными интересами и паттернами поведения на фоне относительно нормального развития когнитивных и коммуникативных навыков (Klin, Volkmar & Sparrow, 2000; Volkmar et al., 1996). Сходство синдрома Аспергера и аутизма проявляется в одинаковом

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 10.5 Ключевые элементы программ раннего вмешательства при аутизме

Общая направленность на развитие базовых навыков

Программы раннего вмешательства делают акцент на развитие необходимых для обучения следующих базовых навыков: концентрации внимания прежде всего на других людях, выполнении просьб и подражании другим. Большое внимание также уделяется речевой и моторной имитации, развитию речи, функциональной и символической игре с игрушками, а также социальным взаимодействиям.

Оптимальные условия обучения

Для обучения базовым навыкам, которое проводится индивидуально, один на один, прежде всего необходима структурированная, упорядоченная обстановка, позволяющая сконцентрировать внимание и исключающая появление отвлекающих факторов.

Адаптация усвоенных навыков к естественным условиям

Постепенно шадящий характер окружающей обстановки изменяется и приближается к реальному, с целью усилить спонтанное использование усвоенных базовых навыков, обобщить их и адаптировать к естественным и более сложным условиям внешней среды.

Предсказуемые и привычные действия (Predictability and routine)

Ребенку помогают приспособиться к неизбежным изменениям, которые происходят в его повседневной деятельности. При этом используют фотографии, визуальные и вербальные ориентиры, предупреждают детей о предстоящих изменениях, ведут и сопровождают ребенка при переходе к новому объекту или выполняют привычный ребенку ритуал во время перехода.

Функциональный подход к проблемному поведению

Стимулирование интереса ребенка к выполняемым заданиям за счет включения в программу его любимых занятий и структурирование обучения помогают свести к минимуму проблемное поведение. Частично или полностью устранить проблемное поведение удастся за счет выяснения той роли, которую играют данные формы поведения (просьбы о помощи, отказ выполнять требования учителей), изменения внешних условий с целью стимулирования адекватного поведения, обучения ребенка навыкам, позволяющим ему эффективно справляться с ситуацией.

Переход из специальных учебных классов в детский сад или школу

Одной из важных задач программ раннего вмешательства является помощь детям в переходе из

специальных классов в детский сад или в первый класс обычной школы. С этой целью детей обучают навыкам, которые позволяют им быть как можно более самостоятельными. Их обучают подчиняться командам взрослых, выполнять задания по очереди, спокойно сидеть во время занятий, проявлять инициативу на занятиях, стоять и ходить друг за другом, убирать за собой учебные материалы и игрушки и сообщать о своих нуждах. Каждому ребенку подыскивается учреждение, которое максимально отвечало бы его характеристикам, с точки зрения, размеров класса, содержания и стиля преподавания. Затем определяются навыки, которые необходимы для успешного обучения ребенка на новом месте, и которые он должен усвоить в первую очередь, например произносить имя нового преподавателя.

Участие семьи

Участие родителей в программе является важнейшим элементом обучения, хотя объем и характер этого участия может изменяться в зависимости от потребностей конкретной семьи. Родители получают необходимую подготовку, им рассказывают о методах обучения ребенка; они участвуют также в адаптации этих методов по отношению к своему ребенку и помогают в учебном процессе в домашних и/или в школьных условиях. В программах также уделяется внимание психологическим проблемам родителей, обеспечивается работа специальных групп и другие виды психологической поддержки.

Интенсивность вмешательства

Объем программ раннего вмешательства, в среднем, составляет около 30 часов занятий в неделю в классных условиях, что значительно превышает объем программ обычных школ для детей дошкольного возраста с теми или иными видами нарушений или инвалидности. Поскольку любая такая программа включает участие родителей в обучении, общий объем помощи, которую получают дети, страдающие аутизмом, оказывается существенно большим, чем в других дошкольных учреждениях.

Другие компоненты программ

Программы могут включать и другие компоненты — в частности, речевую или трудовую терапию, или обучение языку жестов, специальным навыкам социального взаимодействия, тренинг с участием сверстников, а также обучение детей проявлению самостоятельности и навыкам совершения осознанного выбора. (Источник: G. Dawson & Ostreling, 1997).

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 10.6 Крис, Вэл и Нилс: Проект UCLA

Крис: Аутизм при средней умственной отсталости



Крис перестал говорить в возрасте 18-ти месяцев. До начала лечения он не отзывался на собственное имя. Крис не играл ни со своими сверстниками, ни с игрушками; не мог крутить волчок и просеивать песок. У него были частые истерики; рассердившись, он нередко кусал мать или брата.

За 10-летний период с Крисом было проведено около 15 тысяч часов индивидуальных занятий. Его коэффициент интеллекта не изменился, однако уровень развития навыков адаптации и самообслуживания повысился, так что сейчас Крис активно участвует в жизни семьи.

Мать Криса: «Речевые навыки даются Крису с большим трудом, так что приходится сопровождать каждое произносимое слово знаками. За прошедшие десять лет Крис выучил около двухсот слов. Мы выбирали те слова, которые, как нам кажется, особенно нужны ему в повседневной жизни».

Мать Криса: «Мы очень много работали все эти десять лет; значительная часть этого времени была для нас тяжелым испытанием. Мы надеемся, что к двадцати годам Крис сможет работать кондуктором или помощником повара, или выполнять какую-либо работу в саду. Он может жить у нас дома, а возможно, и в условиях специальной группы, но этот вопрос пока остается открытым».

Состояние до начала лечения (Pretreatment)

Уровень функционирования в настоящий момент

Речевые навыки

Планы на будущее

Вэл: Аутизм при незначительной умственной отсталости



Вэл страдал эхолалией, был очень агрессивным, не играл ни с другими детьми, ни с игрушками, и отвергал проявления нежности. Он часто с силой хлопал в ладоши, глядя на них, обнюхивал различные предметы, ходил по замысловатым траекториям на полу.

После лечения коэффициент интеллекта Вэла повысился на 23 балла — с 34-х до 57-ми. Его состояние улучшилось настолько, что его можно было поместить в один класс с детьми, имеющими легкую степень умственной отсталости или легкие нарушения речи. Мать Вэла: «Он уже достаточно хорошо говорит, хотя я знаю, что нужно еще заниматься... Потому что когда он говорит... ему трудно составлять слова вместе».

Вэл разговаривает со своим терапевтом:

В: Что ты делал — выходные?

Т: Я ездил в Диснейлэнд.

В: И на чем ты катался?

Т: На чем катался? Сейчас вспомню. Я плывал на пиратской шхуне и ездил на динозавре (Matterhorn).

В: Я не ездил на динозавре.

Т: Нет, а почему?

В: Потому что я боюсь.

Мать Вэла: «Не знаю, закончит ли он школу, но мне кажется, что он сможет работать. Чтобы заниматься тем же, чем мой муж, ему не придется особенно многому учиться. Единственное, что ему придется выучить — это арифметику, чтобы знать, сколько брать с клиентов. Видите ли, я думаю, что класть плитку — это не так уж сложно. Мне кажется, у него это получится».

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Нилс: Аутизм при нормальном уровне развития интеллекта

Состояние до начала лечения (Pretreatment)



Нилс не играл ни со сверстниками, ни с игрушками, вел себя так, как будто был слепым и глухим, и не реагировал на проявления внимания со стороны взрослых. Он любил смотреть на вращающийся вентилятор, ходить взад и вперед по комнате, крутиться и выкладывать предметы в линию. Его мать особенно волновало то, что он не разговаривал и не общался с другими детьми.

Мать Нилса: «Он не мог общаться с помощью слов, совсем не говорил. Он как бы жил в своем маленьком мире. Он любил сидеть один в песочнице и просеивать песок».

Уровень функционирования в настоящий момент



После прохождения интенсивной лечебной программы коэффициент интеллекта Нила вырос настолько, что стал соответствовать уровню не умственно отсталого, а интеллектуально развитого ребенка.

Мать Нилса: «В школе он посещает классы для талантливых и особо одаренных детей, и его считают одаренным в области математики и точных наук. Нил — один из трех самых одаренных в школе детей. В 14 лет, после девяти лет лечения, он ничем не отличается от других детей своего возраста».

Речевые навыки



Речевые навыки Нилса полностью соответствуют норме.

Интервьюер: Есть ли что-нибудь, что тебя беспокоит, по поводу чего ты волнуешься?

Нилс: «Да, я думаю, х-мм, что у меня не очень хорошие отметки, и что я не смогу пойти туда, куда я хотел бы устроиться после окончания школы. Думаю, теперь я стал гораздо общительнее, после терапии. Если бы не терапия, я так и сидел бы своей раковине, забившись в угол, всю свою жизнь».

Планы на будущее

Нилс: «Когда я закончу школу, я хочу пойти в летную академию, потому что мой отец 20 лет прослужил в авиации, и я думаю, у меня есть шансы, что меня возьмут».

Источник: Behavior Treatment of Autistic Children, produced by E.L.Anderson. (Лечение детского аутизма методом поведенческой терапии. Изд. Е.Л. Андерсон)

характере социальных проблем, а также наличии крайне узкого спектра стереотипных интересов, однако, в отличие от аутизма, при синдроме Аспергера не наблюдается общего отставания в речевом и когнитивном развитии, формировании навыков самообслуживания и адаптации (не связанных с социальным взаимодействием), а также не наблюдается отсутствия интереса к окружающему миру. Во многих случаях при синдроме Аспергера отмечается также отставание в прохождении основных фаз моторного развития (delayed motor milestones) и недостаточное развитие координации движений (motor clumsiness), хотя эти признаки не являются определяющими для диагноза синдрома Аспергера (Wing, 1981). В этом проявляется отличие синдрома Аспергера от аутизма, при котором моторное развитие детей младшего возраста является относительно нормальным.

Во многих отношениях синдром Аспергера и аутизм проявляются сходным образом. Так, в ходе одного исследования были выявлены лишь незначи-

тельные различия между лицами, страдающими синдромом Аспергера и аутизмом. У лиц, страдающих аутизмом, наблюдалось более серьезное отставание в речевом развитии, однако почти у 43% лиц, страдающих синдромом Аспергера, также возникало отставание в овладении речью. Дети, страдающие синдромом Аспергера, обнаруживают более высокий уровень развития речи, меньше отстают в усвоении языка и проявляют большую заинтересованность в социальных контактах (Eisenmajer et al., 1996).

В целом лица, страдающие синдромом Аспергера, склонны к эгоцентричности, социально не приспособлены, и, как правило, имеют узконаправленные абстрактные интересы, вследствие чего они кажутся эксцентричными. В круг их увлечений может входить информация о погоде, о телевизионных станциях или географических картах, которую они запоминают механически, почти не понимая ее смысла.

Другим типичным клиническим признаком синдрома Аспергера являются неуклюжие, плохо скоор-

динированные движения и странные позы. Дети, страдающие синдромом Аспергера, не проявляют эмпатии, демонстрируют неадекватные и однонаправленные формы социальных взаимодействий, как правило, не способны к формированию дружеских отношений и склонны к социальной изоляции. Другими характерными проявлениями являются слабое развитие невербальных коммуникативных навыков, сухая педантичная речь и склонность к бесконечному рассуждению на темы, которые не интересны никому из окружающих. У детей старшего возраста и взрослых, страдающих синдромом Аспергера, наблюдаются ярко выраженные проблемы в развитии навыков разговорной речи и других навыков, связанных с прагматическим использованием языка (*pragmatic abilities*), хотя эти нарушения не затрагивают другие аспекты речевого развития (Volkmar et al., 1996).

Природа синдрома Аспергера во многом остается для нас не выясненной (Lincoln, Courchesne, Allen, Hanson & Ene, 1998). Известно, что мальчики страдают этим расстройством чаще, чем девочки, хотя точное соотношение пока не установлено. Мы также мало знаем о наследственной передаче этого заболевания, увеличивающей вероятность обнаружения аналогичных нарушений у других членов семьи больного, что может встречаться даже чаще, чем в случаях аутизма (Volkmar, Klin & Pauls, 1998). Более высокий уровень интеллектуального развития детей, страдающих синдромом Аспергера, позволяет рассчитывать на менее тяжелые последствия, чем в типичных случаях аутизма. Предварительные результаты исследований свидетельствуют о том, что при синдроме Аспергера наблюдаются структурные нарушения мозжечка и лимбической системы, сходные с их нарушениями при аутизме, но в менее острой форме (M. L. Bauman, 1996). Недостаточная вовлеченность этих структур в работу мозга может вызывать значительные трудности, которые дети, страдающие синдромом Аспергера, испытывают в социальном взаимодействии и речевой прагматике, несмотря на высокий уровень развития когнитивных навыков.

До сих пор не прекращаются споры, является ли синдром Аспергера самостоятельным заболеванием или же это одна из форм проявления аутизма у детей, отличающихся высоким уровнем функционирования (Schopler, Mesibov & Kuncze, 1998; Volkmar & Klin, 2000). Результаты этой полемики в определенной степени будут зависеть от того, как будут интерпретировать и устанавливать диагноз синдром Аспергера, поскольку никакого «официального» определения синдрома Аспергера не существовало до тех пор, пока это заболевание не было включено в Руководство DSM-IV (Volkmar & Klin, 2000). Горячие дискуссии вызывает также вопрос о том, следует ли считать синдром Аспергера заболеванием или просто одной из крайностей в континууме (общем спектре) проявлений социального поведения (Baron-Cohen, 2000).

Синдром Ретта

Этот синдром был впервые описан Андреасом Реттом после того, как около 30 лет назад в своей клинике в Вене он обследовал двух девочек, совер-

шающих одинаковые стереотипные движения, напоминающие умывание рук. К настоящему моменту известны случаи этого заболевания только среди лиц женского пола, хотя в последнее время были опубликованы данные о некоторых разновидностях синдрома Ретта, обнаруженного и у мужчин (Christen & Hanefeld, 1995). При обследовании обеих пациенток Ретт обнаружил общие симптомы и отметил поразительное сходство паттернов их раннего развития. Девочки, страдающие синдромом **Ретта**, имеют нормальную окружность головы при рождении. Однако вслед за относительно нормальным периодом пренатального и раннего развития, составляющим первые 6–12 месяцев жизни, у детей начинают проявляться следующие специфические признаки болезни:

- Замедление роста головы в период между 5-м и 48-м месяцем.
- Утрата ранее приобретенных навыков целенаправленного использования рук (*purposeful hand skills*) между 5-м и 30-м месяцем, с последующим развитием стереотипных движений, напоминающих рукопожатие или умывание.
- Утрата интереса к социальным взаимодействиям (*social engagement*) на ранних стадиях развития (хотя навыки социального взаимодействия могут развиваться позже).
- Плохо скоординированная походка или движения корпуса.
- Серьезные ухудшения в развитии восприятия и повреждения речи на фоне значительной психомоторной отсталости.

(DSM-IV, Copyright 2000 by APA).

Синдром Ретта представляет собой тяжелое неврологическое нарушение развития, возможно, вызываемое мутациями генов, связанных с X-хромосомой (*X-linked gene mutation*) (Amir et al., 1999). Девочки, страдающие синдромом Ретта, испытывают целый ряд серьезных проблем, вызванных глубокой или острой формой умственной отсталости, эпилептическими припадками, нарушением моторного развития и коммуникативными трудностями (Hagberg, 1995). Для синдрома Ретта характерна *апраксия (apraxia)* — неспособность выполнять целенаправленные движения: 25% девочек, страдающих синдромом Ретта, так и не начинают ходить, а 50% начавших ходить впоследствии утрачивают эту способность. Распространенность синдрома Ретта среди девочек составляет приблизительно 1 к 10 тысячам. Симптомы сходны с симптомами аутизма, однако прогнозы еще более неблагоприятны. Девочки, страдающие синдромом Ретта, имеют очень серьезные нарушения и, как правило, нуждаются в помощи во всех аспектах повседневной жизни, включая прием пищи, одевание и гигиену.

Размеры мозга девочек, страдающих синдромом Ретта, на 12–34% меньше, чем у нормальных детей (D. D. Armstong, 1992; M. L. Bauman, Kemper & Arin, 1995). Большое количество нейронных клеток переднего мозга (*forebrain*) также отличаются меньшими размерами и повышенной плотностью скопления

(D. D. Armstong, 1992; M. L. Bauman et al., 1995). Во всех участках коры обнаружено уменьшение длины и сложности дендритовых разветвлений (dendritic branching), что свидетельствует о недостаточном развитии дендритов и синапсов (D. D. Armstong, 1992). Патологии мозга, обнаруженные при синдроме Ретта, носят диффузный характер (diffuse), что позволяет говорить о задержке созревания мозга в период внутриутробного развития (M. L. Bauman, 1996).

Детское дезинтегративное расстройство

Термин **детское дезинтегративное расстройство** описывает расстройство, наблюдаемое у детей, утрачивающих значительную часть ранее приобретенных навыков к возрасту до 10-ти лет. Утрате предшествует составляющий первые два года жизни период внешне нормального развития навыков вербальной и невербальной коммуникации, социального взаимодействия, адаптационного поведения, а также игровых навыков. Дети, страдающие дезинтегративным расстройством, обнаруживают ухудшения, относящиеся, по крайней мере, к двум из следующих областей: восприятие или использование речи, социальные навыки или адаптационное поведение, контроль кишечника или мочевого пузыря, усвоение игровых или моторных навыков. Помимо этого также наблюдаются ухудшения в двух из трех следующих областей функционирования:

- Качественные ухудшения социального взаимодействия (ухудшения, связанные с невербальным поведением, утрата способности к установлению взаимоотношений со сверстниками, недостаток социальной или эмоциональной взаимности).
 - Качественные ухудшения в коммуникативной сфере (в частности задержка или дефицит разговорной речи, неспособность начинать или поддерживать разговор, стереотипные или повторяющиеся формы речи, недостаток разнообразных игр с участием воображения (игры по сценарию «представь, что...») (varied make-believe play).
 - Ограниченные, повторяющиеся или стереотипные интересы, виды занятий и паттерны поведения, включая моторные стереотипы и манеризмы.
- (DSM-IV-TR Copyright 2000 by APA).

Данный диагноз ставится в тех случаях, когда наблюдаемые расстройства не могут рассматриваться как признаки других тяжелых расстройств, вызванных нарушениями развития, или шизофрении. Симптомы, степень их тяжести, а также неврологические характеристики этого расстройства достаточно близки характеристикам аутизма, за исключением времени начала болезни и периода нормального развития, как правило, составляющего первые 2–4 года жизни ребенка (Hendry, 2000; Malhorat & Gupta, 1999).

Другие специфические тяжелые расстройства, вызванные нарушениями развития

Эта категория описывает нарушения социального взаимодействия, а также коммуникативные и поведенческие расстройства, схожие с тяжелыми расстройствами, вызванными нарушениями развития, но не отвечающие всем их критериям, а также критериям шизофрении или другого заболевания (Volkmar, Shaffer, & First, 2000). Тяжелые нарушения развития схожей специфики точнее было бы назвать *нетипичным аутизмом (atypical autism)*, поскольку эта категория часто используется по отношению к детям, которые обнаруживают характеристики, не отвечающие критериям аутизма в силу позднего начала заболевания, нетипичных или недостаточных симптомов или сочетания перечисленных признаков. Высказывалась озабоченность тем, что описание этой группы расстройств в том виде, как оно представлено в DSM, является недостаточно определенным (Volkmar et al., 2000).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Синдром Аспергера характеризуется преобладающими нарушениями социальных взаимодействий, а также нетипичными интересами и паттернами поведения у детей с относительно нормальным развитием когнитивных и коммуникативных навыков.
- Синдром Ретта представляет собой тяжелое неврологическое нарушение развития, встречающееся у девочек, которое, возможно, является результатом специфических генных мутаций.
- Дети, страдающие дезинтегративным расстройством, утрачивают значительную часть ранее приобретенных речевых и социальных навыков, а также навыков адаптивного поведения к возрасту до 10-ти лет, после периода внешне нормального развития.
- У детей, страдающих другими тяжелыми расстройствами, вызванными нарушениями развития, наблюдаются нарушения социального взаимодействия, а также коммуникативные и поведенческие расстройства, схожие с ТРВНР, но не обнаруживающие критериев определенного ТРВНР, шизофрении или других заболеваний.

ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

В моем носу заключена власть, и я могу контролировать то, что показывают по телевизору, и то, что люди говорят и делают.
(M. Nichols, 1995, стр. 73)

Это заявление, сделанное молодой девушкой, страдающей шизофренией, свидетельствует о серье-

енности данного заболевания. **Шизофрения** — это расстройство мозга, проявляющееся в нарушении психических функций и поведения (D. A. Lewis & Lieberman, 2000). Шизофрения характеризуется тяжелыми психотическими симптомами, такими как разнообразные формы бреда (ложные убеждения), галлюцинации (ложное восприятие), расстройства мышления, чрезвычайно дезорганизованное поведение, кататония (моторные дисфункции: от перевозбуждения до полной неподвижности), крайне неадекватные или бедные эмоциональные реакции (flat affect), а также значительные ухудшения или нарушения социального функционирования.

Раньше термином «детская шизофрения» обозначали разнообразные расстройства, не имевшие между собой ничего общего, за исключением тяжелого и хронического проявления симптомов в раннем детстве (Rutter, 1972). Шизофрениками нередко называли также детей, имеющих пограничные (borderline) симптомы, или вовсе не имеющих психотических симптомов, у которых, по современным стандартам, следовало бы диагностировать аутизм или другие тяжелые расстройства, вызванные нарушениями развития. Ниже перечислены некоторые из факторов, отличающих детскую шизофрению от детского аутизма:

- Появление проблем в более позднем возрасте.
- Менее серьезное нарушение интеллектуального развития.
- Менее серьезное нарушение социального взаимодействия и развития речи.
- Появление галлюцинаций и бреда по мере взросления.
- Наличие периодов ремиссий и рецидивов (relapse).

Ранее предпринимались попытки диагностировать детскую шизофрению как отдельное заболевание, отличное от шизофрении у взрослых. Однако в настоящее время показано, что на основе критериев, используемых для диагностики шизофрении у взрослых, можно с высокой степенью надежности диагностировать шизофрению у детей (Werry, 1992). Таким образом, шизофрения, наступающая в раннем возрасте или, в соответствии с принятой терминологией, *шизофрения, наступающая в детстве (ШНД, COS)*, по-видимому, является более тяжелой формой шизофрении, а не самостоятельным заболеванием.

Начальные стадии шизофрении могут проявляться в том, что ребенок может испытывать проблемы, связанные с концентрацией внимания, нарушением сна, учебной, а также может начать избегать общения. Развитие болезни может характеризоваться бессвязной речью; кроме того, ребенок может начать видеть или слышать то, чего не видит и не слышит окружающие. Вслед за периодами улучшения могут наступать тяжелейшие рецидивы, характеризующиеся бессвязным мышлением, когда ребенок начинает перескакивать с одной мысли на другую без всякой логической связи. При детской шизофрении возможны также галлюцинации, паранойя и бред. В течение психотических фаз болезни дети, страдающие

шизофренией, могут быть убеждены в том, что они обладают сверхчеловеческими способностями, или что какие-то люди постоянно следят за ними. Во время психотического приступа больной может начать вести себя непредсказуемым образом, а также проявлять склонность к агрессии или суициду.

Ряд клинических признаков детской шизофрении можно проследить на примере Марии, девочки, у которой первые симптомы болезни начали проявляться в десятилетнем возрасте.

Мария: Депрессия, дезорганизованность, обреченность

Мария всегда была очень робким ребенком. Временами она вообще не разговаривала, с трудом сходилась с друзьями, нередко проявляла дух противоречия, а иногда мочилась в постель. К десяти годам, вдобавок к постоянной социальной изоляции, у нее появились проблемы в школе. У Марии также начались депрессии. Она говорила, что дьявол подстрекает ее на совершение плохих поступков; считала, что учительница хочет причинить ей вред; кроме того, она стала бояться заразиться инфекционным заболеванием. Ее поведение становилось все более дезорганизованным. Она говорила, что убьет себя, перестала следить за своим внешним видом и однажды перебежала дорогу перед движущимся автомобилем, очевидно, пытаясь покончить с собой.

В результате этого происшествия ее поместили на обследование в больницу, где Мария продолжала проявлять признаки аномального поведения. Временами у нее наступали периоды повышенной тревожности, а также имел место случай безудержного крика. Иногда она просто сидела, уставившись в пространство, и нередко становилась совершенно немой. Хотя состояние Марии в период госпитализации улучшилось и она вернулась в семью, на протяжении всего периода детства и юности ее мучили страхи и галлюцинации. Марию посещали мысли, что другие за ней следят; у нее периодически наступали приступы депрессии, часто сопровождавшиеся попытками самоубийства. Она по-прежнему испытывала отчуждение, находилась в полной изоляции и плохо училась. В возрасте 17-ти лет, после ряда кратковременных госпитализаций, она была помещена в муниципальную больницу, где оставалась до 19-летнего возраста. На протяжении этого периода ее эмоциональные проявления были все более бледными, а психотические симптомы не ослабевали. Через неделю после выписки из больницы Мария заперлась в своей комнате и приняла повышенную дозу прописанных ей медикаментов. На следующее утро ее нашли мертвой (адаптировано из J. R. Asarnow & Asarnow, 1996).

Трагический пример Марии иллюстрирует ключевые признаки детской шизофрении.

- Хотя в большинстве случаев начало болезни приходится на поздний подростковый или юношеский возраст, шизофрения встречается и у детей (Nicholson & Rapoport, 1999).
- Детская шизофрения развивается постепенно, а не наступает внезапно; при этом у больных детей проявляется целый ряд различных нарушений, предшествующих появлению психотических симптомов (Jones, 1997, Nicholson et al., 2000).
- Если болезнь начинается в детстве, симптомы продолжают проявляться также в юношеском и в зрелом возрасте.
- Детская шизофрения влечет за собой самые серьезные негативные последствия для общего развития и школьной успеваемости ребенка.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ, СОГЛАСНО РУКОВОДСТВУ (DSM-IV-TR)

Диагностические критерии шизофрении приведены в табл. 10.3. Признаки нарушений должны непрерывно наблюдаться, как минимум, в течение 6-ти месяцев. Помимо этого, после появления признаков расстройства у ребенка должно наблюдаться существенное понижение уровня функционирования в одной или нескольких областях, либо неспособность достичь ожидаемого уровня результатов в межличностной, учебной или профессиональной сфере. Должна быть исключена возможность объяснения наблюдаемых нарушений эмоциональным расстройством (mood disorder), либо шизоаффективным расстройством (schizoaffective disorder), употреблением каких-либо препаратов или химических веществ, а также общим состоянием здоровья. При наличии диагноза аутизма или другого тяжелого расстройства, вызванного нарушениями развития, дополнительный диагноз шизофрении может быть поставлен только при наличии бреда или галлюцинаций, как минимум, в течение месяца.

Использование общих диагностических критериев шизофрении для детей и взрослых облегчает сравнение шизофрении, наступающей в раннем возрасте, и шизофрении, наступающей в зрелом возрасте, и позволяет определять, в каких случаях имеет место непрерывное течение болезни на протяжении всего периода индивидуального развития. Однако шизофрения может проявляться по-разному в зависимости от возраста. В частности, бред, галлюцинации и нарушения логического (formal) мышления встречаются крайне редко и с трудом поддаются диагностике в возрасте до семи лет; если они все же наблюдаются, то могут иметь менее сложную, чем в зрелом возрасте, структуру и содержать детскую тематику (Caplan, 1994). Непринятие во внимание возрастных различий при использовании диагности-

ческих критериев шизофрении может привести к тому, что болезнь не будет диагностирована у детей, у которых проявляются ранние признаки шизофрении, однако полная форма болезни не развивается до более зрелого возраста.

Другие факторы, связанные с индивидуальным развитием, также могут иметь значение при диагностике шизофрении. В частности, иногда сложно провести границу между такими патологическими симптомами, как бред и обычные фантазии, вызванные игрой воображения и характерные для многих маленьких детей. Необходимо учитывать также тот факт, что в отличие от взрослых, маленькие дети могут не испытывать дискомфорта и не ощущать дезорганизирующего характера проявляющихся у них психотических симптомов. Поэтому при появлении таких симптомов на ранних стадиях развития дети могут не отличать их от своих нормальных переживаний (A. T. Russell, 1994).

Психотические симптомы

У детей и подростков, страдающих шизофренией, могут проявляться такие психотические симптомы, как бред и галлюцинации. Бред — это *расстройство мышления*, выражающееся в беспорядочном сочетании мыслей (disordered thought content), а также в твердых убеждениях, которые представляют собой искаженные интерпретации реальности. **Галлюцинациями** называют *расстройства восприятия*, при которых больной видит, слышит или каким-либо иным образом воспринимает нечто, не существующее в реальности или не присутствующее в данный момент времени. Наиболее распространенным симптомом, наблюдающимся у детей, страдающих шизофренией, являются слуховые галлюцинации, которые появляются приблизительно в 80% случаев при наступлении болезни до того, как ребенку исполняется 11 лет. У 40–60% детей, страдающих шизофренией, возникают также зрительные галлюцинации, бред и расстройства мышления (Caplan, 1994; Caplan, Guthrie, Tang, Komo & Asarnov, 2000; Russell, Bott & Samons, 1989). Примеры психотических симптомов, характерных для детей, страдающих шизофренией, представлены во врезке 10.7.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- В отличие от аутизма, детская шизофрения наступает в более позднем возрасте и характеризуется менее серьезными поражениями интеллекта, менее тяжелой степенью нарушений в социальной и речевой сфере, появлением бреда и галлюцинаций по мере взросления, а также наличием периодов ремиссий и рецидивов.
- Шизофрения, наступающая в детстве, представляет собой более тяжелую форму шизофрении, а не самостоятельное заболевание.

- Детская шизофрения является психотическим расстройством, характеризующимся такими тяжелыми симптомами, как разнообразные формы бреда, галлюцинации, нарушения мышления, в высшей степени дезорганизованным поведением, а также значительным ухудшением или нарушением функционирования.

СОПУТСТВУЮЩИЕ СИМПТОМЫ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

У детей, страдающих шизофренией, часто наблюдаются также другие симптомы и нарушения, такие как депрессия, слуховые расстройства, поведенческие проблемы и суицидные наклонности. В 70% случаев у больных помимо шизофрении обнаруживаются симптомы других заболеваний, в большинстве случаев — поведенческие расстройства или депрессии (А. Т. Russell, Bott & Sammons, 1989). Учитывая тот факт, что на протяжении длительного периода времени аутизм и шизофрения считались взаимосвязанными формами патологии, интересно отметить, что у детей, страдающих шизофренией, не наблюдается повышенного риска заболевания аутизмом и другими тяжелыми расстройствами, вызванными нарушениями развития.

В большинстве случаев при детской шизофрении болезнь развивается не внезапно, а постепенно; при этом у 90% больных до наступления болезни не зафиксированы случаи поведенческих или психических расстройств (А. Т. Russell, 1994). Так, у Марии признаки расстройства поведения и проблемы в общении начали проявляться значительно раньше, чем психотические симптомы. Учитывая биографию больных, предшествующую началу заболевания, сложно определить, являются ли сопутствующие симптомы детской шизофрении предвестниками болезни, ее ранними проявлениями или побочными эффектами (J. R. Asarnow & Asarnow, 1996).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ШИЗОФРЕНИИ

Частота заболеваемости шизофренией, чрезвычайно редко встречающейся среди детей в возрасте до 12-ти лет, возрастает в подростковом возрасте, и имеет критический возраст наступления между 20–25 годами (Remschmidt, Schultz, Martin, Warnke & Trott, 1994):

- Распространенность заболевания шизофренией составляет, по различным оценкам, от 0,14 до 1,0 случая на 10 000 детей.
- Шизофрения встречается среди взрослых в 100 раз чаще, чем среди детей (Bromet & Fennig, 1999).
- Детская шизофрения наступает в более раннем возрасте (2–4 года) у мальчиков (Hafner, Hambrecht, Lofeer, Munk-Jorgenson & Reichler-Rossier, 1998), и встречается в два раза чаще у мальчиков, чем у девочек. Однако указанные половые различия исчезают в подростковом возрасте (Franzier et al., 1997).

Причины большей распространенности заболевания у лиц мужского пола пока неизвестны; высказывались предположения, что этот факт объясняется общей биологической уязвимостью мальчиков перед неврологическими расстройствами (general biological vulnerability of males for neurological disorders), либо различной этиологией (происхождением) процессов у мальчиков и девочек. У взрослых шизофрения встречается чаще среди представителей низших социально-экономических слоев населения. Однако мы не располагаем достаточной информацией о связи между социальными факторами и распространенностью детской формы шизофрении. Уровень заболеваемости и характер симптомов у взрослых, страдающих шизофренией, отличается значительным сходством среди представителей различных культур, народов и расовых групп (Bromet & Fennig, 1999), однако и в этом случае мы не располагаем достаточной инфор-

Таблица 10.3 Основные диагностические критерии шизофрении, согласно Руководству DSM-IV-TR

Характерные симптомы: Как минимум, два из нижеперечисленных симптомов должны присутствовать на протяжении большей части месячного периода.

- (1) Бред
- (2) Галлюцинации
- (3) Дезорганизованная речь (повторяющиеся обрывы речи, бессвязность)
- (4) Кататония (ступор, неподвижность) и крайне дезорганизованное поведение
- (5) Негативные симптомы: аффективное уплощение (эмоциональная подавленность), алогия (речевая афазия, немота), безволие (affective flattening, alolia, or avolition)

В случае наличия бреда либо галлюцинаций, в которых возникают образы людей или слышатся голоса, для постановки диагноза достаточно только одного из перечисленных симптомов.

Источник: DSM-IV-TR Copyright 2000 by APA.

мацией о наличии кросс-культурных паттернов заболевания среди детей (J. R. Asarnow & Asarnow, 1994).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Шизофрения чрезвычайно редко встречается среди детей в возрасте до 12 лет — значительно реже, чем среди подростков и взрослых.

ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Современные взгляды на причины шизофрении базируются на **модели предрасположенности и стресса (vulnerability-stress model)**, в которой подчеркивается роль взаимодействия между предрасположенностью, стрессовыми и защитными факторами в процессе развития. К факторам предрасположенности относятся: генетический риск, поражения центральной нервной системы, отсутствие условий, необходимых для обучения, или патологические формы семейных отношений. К стрессорам относятся события, увели-

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 10.7

Психотические симптомы у детей, страдающих шизофренией

Галлюцинации

Слуховые: Не связанные с аффективными состояниями. Заявление семилетнего мальчика: «Все говорит — стены, мебель; я просто знаю, что они говорят».

Слуховые: Командные. Заявление восьмилетнего мальчика: «Однажды я слышал голоса, идущие с юга и с востока; один из них велел мне прыгнуть с крыши, а другой — ударить свою мать».

Слуховые: Диалоговые. Заявление восьмилетнего мальчика: «Я могу слышать, как говорит дьявол — Бог перебивает его, а дьявол говорит: «Заткнись, Бог». Бог и дьявол всегда враждуют».

Слуховые: Религиозные. Одиннадцатилетний мальчик слышал голос Бога, говорящего: «Прости, Д., но сейчас я не могу тебе помочь, я помогаю другому». Он также говорил о том, что слышал голоса Иисуса и дьявола.

Слуховые: Преследующие. Девятилетний мальчик сообщил, что слышал, как голоса обзывают его и угрожают ему, что если он не сделает того, что ему говорят, с ним случится что-то плохое.

Слуховые: Комментирующие. Восьмилетняя девочка сообщила, что слышала голос ангела, произносящего фразы типа: «Ты сегодня не плакала» и «Сегодня ты была хорошей девочкой».

Зрительные. Двенадцатилетний мальчик видел призрака (мужчину) с красным, обожженным, изрезанным шрамами и ранами лицом в различных ситуациях и в разных местах. Он видел его, начиная с пятилетнего возраста.

Тактильные. Восьмилетний мальчик ощущал, как дьявол трогал его и передвигал его тело: «так что он может заставить меня прийти к нему и жить с ним».

Соматические. Восьмилетняя девочка сообщила, что ощущала ангела, младенцев и дьявола в своей руке, и что она чувствует, как они дерутся.

Источник: адаптировано из A. T. Russell, 1994.

Бред

Превращения в животное. Девятилетний мальчик был убежден в том, что он является собакой (его родители были немецкими овчарками), и что у него растет шерсть; однажды он отказался покинуть ветеринарную клинику, пока ему не сделают укол.

Преследования. Девочка считала, что «злой» человек пытается отравить ее апельсиновый сок.

Соматический. Одиннадцатилетний мальчик описал «отбросы», которые производят добрые и злые голоса, когда они соперничают друг с другом; «отбросы» выходили из его ног, когда он плавал в бассейне с хлорированной водой.

Отношения. Восьмилетняя девочка считала, что люди, проходящие мимо ее дома, смотрят и показывают на нее, пытаются передать ей послание, чтобы она вышла из дома. Она также считала, что люди, которых показывают по телевизору, разговаривают с ней, потому что они используют слово «ты».

Величия. Одиннадцатилетний мальчик твердо верил, что он «другой» и может убивать людей. Он чувствовал, что когда Боги «фокусируются» на нем, он становится очень сильным, и у него появляются большие мускулы.

Расстройство мышления. «Раньше мне снился мексиканский сон. Я смотрел телевизор в общей комнате. Я исчез из этого мира, а затем оказался в кладовке. Похоже на вакуумный сон. Но это был мексиканский сон. Когда я приближался к этой снящейся земле, я переворачивался вверх ногами. Мне не нравится переворачиваться вверх ногами. Иногда у меня бывают мексиканские сны и вакуумные сны. Очень трудно кричать во сне».

чивающие вероятность шизофренических эпизодов, в частности события, способные повлиять на всю дальнейшую жизнь ребенка, например, смерть близкого родственника; либо источники хронического стресса, такие как грубое обращение с ребенком в семье. Защитные факторы ослабляют условия, уменьшающие вероятность шизофренических эпизодов у лиц, относящихся к группе риска; к таким факторам относятся: высокий уровень развития интеллекта, социальных навыков или благоприятная обстановка в семье.

Модель предрасположенности и стресса учитывает сложность и многообразие механизмов развития шизофрении. Так, например, ребенок с генетической предрасположенностью к шизофрении может иметь нарушения центральной нервной системы, вследствие чего появляются проблемы, связанные с концентрацией внимания и переработкой информации. Подобные проблемы, возникающие у ребенка, отличающегося низким уровнем интеллекта и находящегося в неблагоприятной домашней среде, могут еще более повысить риск шизофренического эпизода, тогда как те же нарушения у ребенка с высоким уровнем интеллекта, и находящегося в благоприятной домашней среде, вероятно, не приведут к увеличению риска заболевания. Таким образом, возникновение шизофрении в конкретном случае будет зависеть от характера взаимодействия стойких психобиологических факторов предрасположенности (*enduring psycho-biological vulnerabilities*), стрессоров окружающей среды, биологических стрессоров и защитных факторов, обусловленных характером развития ребенка и благоприятных семейных условий. Несмотря на генетическую предрасположенность к шизофрении, вероятность шизофренических эпизодов велика только в тех случаях, когда предрасположенный к заболеванию человек подвергается также достаточно сильному воздействию стрессовых факторов определенного типа, а также не располагает достаточными ресурсами для сопротивления болезни (J. R. Asarnow & Asarnow, 1996).

Биологические факторы

Предварительные результаты исследований свидетельствуют о сильном влиянии генетических факторов на вероятность заболевания шизофренией в детстве, которая даже превышает вероятность заболевания в зрелом возрасте (Tsuang, 2000). В частности, количество случаев шизофрении среди родственников больных детей приблизительно *в два раза* превышает количество случаев заболевания родственников взрослых, больных шизофренией. В ходе одного из первых сравнительных исследований монозиготных и дизиготных близнецов была обнаружена 88% и 23% вероятность, соответственно, заболевания обоих близнецов до 15-летнего возраста (Kallman & Roth, 1956).

Эти данные в целом подтверждают, что детская шизофрения является более тяжелой формой шизофрении (Rosenthal, 1970). Хотя уже имеется несколько сообщений об обнаружении генов, потенциально ответственных за возникновение шизофрении у взрослых (Pulver, 2000), аналогичные данные для детей только начинают появляться (Gordon, Krasnewich, White, Lenane & Rapoport, 1994).

Наличие дисфункций центральной нервной системы у лиц, страдающих шизофренией, а также факт значительного улучшения состояния больных в результате приема медикаментов свидетельствуют о том, что шизофрения является расстройством мозга (D. A. Lewis & Lieberman, 2000). Однако до сих пор не найдено общего для всех случаев заболевания поражения мозга (*brain lesion*), а повреждения, которые в некоторых случаях были обнаружены, не являются специфическими для шизофрении.

Ключевым для понимания феномена шизофрении является вопрос, почему генетически обусловленное нейробиологическое расстройство не имеет клинических проявлений до 15–20-летнего возраста, а затем начинает прогрессировать, в результате чего дееспособность пораженных болезнью лиц все более снижается. Пытаясь объяснить данный феномен, исследователи предложили *модель неврологического развития шизофрении (neurodevelopmental model)*, согласно которой в силу генетической предрасположенности, а также отклонений в неврологическом развитии в раннем возрасте, нарушаются связи между различными структурами мозга, в том числе между префронтальной (предлобной) корой (*prefrontal cortex*) и отдельными участками лимбической системы (Raedler, Knable & Weinberger, 2000; Selemon & Goldman-Rakic, 1999). Нарушенная нейронная структура становится более подверженной дисфункциям под воздействием процессов развития и полового созревания, вызывающих синаптические и гормональные изменения, а также в результате воздействия стрессов (D. A. Lewis & Lieberman, 2000). Нейрохимические прогрессивные изменения, возникающие на ранних стадиях шизофрении, по-видимому, опосредуются (*mediated*) допаминовой и глутаминовой системами (*dopamine and glutamine systems*) (Lieberman, 1999). Данная модель, подчеркивающая роль развивающейся в раннем возрасте невропатологии при шизофрении, подтверждается данными о том, что у младенцев и детей нарушения развития центральной нервной системы обнаруживаются раньше, чем психотические симптомы, выражающиеся в моторном и когнитивном дефицитах и в нарушении социального взаимодействия (Marenko & Weinberger, 2000).

До сих пор проведено лишь небольшое число исследований, включающих вскрытие, изучение снимков мозга, а также нейрохимические исследования детей, страдающих шизофренией. Однако те немногие данные, которые получены исследователями детской формы шизофрении, позволяют говорить о наличии различных анатомических и неврологических патологий, что подтверждается результатами изучения шизофрении у взрослых (Sowell, Toga & Asarnow, 2000). В частности, при вскрытии человека, умершего в возрасте 22-х лет, первые признаки шизофрении у которого проявились в 10-летнем возрасте, были обнаружены патологии нескольких участков головного мозга, включая ствол, таламус и лобную кору (Casanova, Carosella, Klienman, 1990). Результаты исследований снимков мозга детей, страдающих шизофренией, позволяют с высокой степенью вероятности предположить наличие нарушений (*disruptions*) на ранних эта-

пах развития мозга (Alagband-Rad, Hamburger, Giedd, Frazier & Rapoport, 1997; Frazier et al., 1996).

Нейропсихологические исследования свидетельствуют о том, что для детей, страдающих шизофренией, характерны дефицит внимания и дефицит процессов переработки информации, обнаруженные также у взрослых, страдающих шизофренией. Результаты выполнения этими детьми заданий по переработке информации, значительно сильнее снижаются, по сравнению с результатами других детей, при увеличении количества поступающей информации, подлежащей переработке. Более того, запись показателей активности мозга во время выполнения таких заданий свидетельствует о наличии ограниченных ресурсов когнитивной переработки информации (Strandbund, Marsh, Brown, Asarnow & Guthrie, 1994). В целом результаты нейропсихологических исследований позволяют говорить о недостаточном развитии нейронных структур, участвующих в активизации и распределении ресурсов, требующихся для переработки информации (R. F. Asarnow et al., 1994).

Факторы среды

Детская шизофрения является наследственным (familial) заболеванием, однако тот факт, что не во всех 100% случаев при заболевании шизофренией одного из монозиготных близнецов заболевает и второй, говорит о том, что на вероятность возникновения детской шизофрении оказывают влияние не только генетические факторы. Негенетические факторы (nongenetic factors), включающие инфекционные и токсические, а также травматические и стрессовые воздействия в период пренатального и постнатального развития, возможно, также играют определенную роль в развитии шизофрении, по-видимому, оказывая более опосредованное влияние на неврологическое развитие (Marcelis et al., 1998). Что касается других негенетических факторов, повышенная подверженность психическим заболеваниям родителей детей, страдающих шизофренией, вероятно, негативно сказывается на их способности полноценно выполнять родительские функции по отношению к своим детям.

Влияние психологического стресса на этиологию шизофрении наиболее ярко проявляется в исследованиях лиц, относящихся к группам повышенного риска (high risk samples), у которых наступление болезни принято связывать с сильными семейными стрессами. В силу редкости заболевания исследователям удалось выявить наличие детской шизофрении среди лиц, относящихся к группам повышенного риска, лишь в незначительном числе случаев. Есть сообщение о двух детях, относящихся к группе повышенного риска, у которых развилась шизофрения в возрасте 10-ти лет (Fish, 1987). Очевидно, что на основании только двух случаев заболевания невозможно сделать каких-либо выводов. Однако следует отметить, что из всех детей, относящихся к группе риска и участвовавших в исследованиях, лишь эти двое детей подвергались грубому физическому обращению, а их матери страдали шизофренией. У обоих детей также наблюдалась задержка и дезорганизация моторного и/или визуально-моторного развития, а также задержка физического роста (Fish, 1987).

В результате наблюдений в домашней обстановке за братьями и сестрами, а также за дизиготными близнецами, страдающими шизофренией, был установлен факт связи между неблагоприятными семейными условиями (family disturbances) и развитием симптомов, связанных с шизофренией (schizophrenia-spectrum outcomes) (Kallman & Roth, 1956). При исследовании условий жизни братьев или близнецов, имеющих диагноз шизоидность или шизофрения, более чем в 80% случаев были обнаружены психические отклонения у кого-либо из родителей, серьезные экономические проблемы или факт развода родителей, в то время как в семьях детей (относящихся к группе риска), у которых шизофрения не развилась, аналогичные неблагоприятные семейные условия наблюдались только в 65% случаев. В целом высокий уровень проблем во всех исследованных семьях, возможно, объясняет тот факт, что в каждой из этих семей, по крайней мере, один ребенок страдал шизофренией.

Была проведена серия интересных исследований, описывающих домашнюю обстановку детей, страдающих шизофренией, а также детей, страдающих *шизотипическим расстройством личности (ШРЛ) (schizotypal personality disorder, SPD)* (J. R. Asarnow, Tompson & Goldstein, 1994). Дети и подростки, страдающие шизотипическим расстройством, обнаружили дефициты навыков социального и межличностного взаимодействия, выраженные в остром дискомфорте в отношениях с близкими и родственниками и в когнитивных и перцептивных искажениях и странностях. Хотя правомерность постановки диагноза шизотипического расстройства в детстве является спорной, шизотипические симптомы, такие как социальная изоляция и нарушения процессов мышления, могут являться предвестниками шизофрении (J. R. Asarnow, 1998). Так, эксперты (raters) могут отличить детей, у которых впоследствии развилась взрослая форма шизофрении, от их здоровых братьев и сестер, на основании анализа домашних видеозаписей, сделанных в период, когда детям еще не исполнилось восьми лет (Grimes & Walker, 1994; Walker & Lewine, 1990).

Родители детей, страдающих шизофренией или шизотипическим расстройством личности, отличаются от родителей детей, страдающих депрессией, более высокими показателями по шкале **коммуникативной девиантности (communication deviance)**, измеряющей уровень нарушений процессов внимания и мышления, проявляющихся в сфере межличностного общения. Дети из семей с высоким уровнем коммуникативной девиантности отличаются наличием наиболее серьезных нарушений, а также более низким уровнем внимания (poorest attentional functioning). Эти данные свидетельствуют о том, что коммуникативная девиантность может быть связана с тяжелой формой шизофрении, либо о том, что характер взаимодействий в семье может способствовать увеличению тяжести дисфункций (J. R. Asarnow, Goldstein, Ben-Meir, 1988). Родители детей, страдающих шизофренией, также более склонны сурово отчитывать своих детей, чем родители депрессивных или нормальных детей.

В целом можно сказать, что наблюдения за семьями детей, страдающих шизофренией, свидетельствуют о наличии стресса, подавленности и трагических переживаний, которые нередко испытывают близкие больных (J. R. Asarnow & Asarnow, 1996). Мы можем привести слова Джун Биби (June Beeby), матери 17-летнего Мэтью, у которого была диагностирована шизофрения, и который считал, что Бог хочет смерти его матери и сестры:

«Это просто ужасно. Сначала у тебя есть тот, кого ты любишь, ребенок, которого ты вырастила. И вдруг внезапно твой ребенок становится сумасшедшим» (M. Nichols, 1995, стр. 70). Однажды, в холодный и темный зимний день, Джун вернулась домой и застала сына, лежащего мертвым в луже крови. «Он взял два обычных столовых ножа... и вдавливал их себе в глаза, пока они не пронзили его мозг» (стр. 70). В дневниковой записи, которую Мэтью сделал за два года до того, как покончил с собой, он описал свою встречу с Богом: «Он использовал свое могущество и контролировал мой мозг на протяжении девяти месяцев... Бог хотел заставить меня почувствовать, что я должен умереть, для того чтобы люди жили вечно в раю» (стр. 74).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Современные взгляды на причины шизофрении базируются на модели предрасположенности и стресса, которая подчеркивает роль взаимодействия факторов предрасположенности, стрессоров, а также защитных факторов.
- Шизофрения представляет собой расстройство, включающее множественные мутации генов и связанное с воздействием факторов среды и факторов нарушения развития.

ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Как родитель ты чувствуешь огромную ответственность за безопасность своего сына или дочери... Но если твой ребенок — шизофреник, ты ничего не можешь сделать, потому что он не хочет помощи.
(M. Nichols, 1995, стр. 73)

Шизофрения является хроническим расстройством, и долгосрочные прогнозы для большинства больных пессимистичны. Однако в результате приема антипси-

хотических препаратов состояние больного может значительно улучшиться по сравнению с периодом, предшествующим лечению. Хотя воздействие лекарств на детей значительно менее изучено, чем на взрослых, лекарственные препараты, в особенности нейролептики, широко используются при лечении детской формы шизофрении. **Нейролептики (neuroleptics)**, являющиеся антагонистами допаминов, усиливают нейротрансмиттерную активность и подавляют такие симптомы, как бред, галлюцинации и агрессивное поведение у психических больных. Однако прием этих препаратов иногда дает серьезные побочные эффекты. Согласно сообщениям о предварительных результатах исследований, такие медикаменты, как галоперидол (haloperidol) и клозапин (clozapine) (слабые антагонисты допаминов) могут быть эффективны при лечении психотических синдромов у ранее не поддававшихся лечению детей и подростков при меньшем количестве серьезных побочных эффектов (Kupka et al., 1998). Поскольку антипсихотические препараты могут улучшать состояние больного, высказывалось мнение, что ранняя диагностика и начало лечения до или непосредственно после заболевания могут уменьшать число повторных приступов (McGlashen, 1996).

Хотя медикаменты могут помочь контролировать психотические симптомы у детей, страдающих шизофренией, необходимость психосоциальных (psychosocial) методов лечения, включающих тренинг социальных навыков, вмешательство с участием семьи и помещение больных в специальные школы, также получила широкое признание в клинической практике. Хотя достигнуты положительные результаты при использовании психосоциальных методов лечения взрослых, страдающих шизофренией, на сегодняшний день проведено лишь небольшое количество плановых исследований воздействия аналогичных методов лечения на детей.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- При лечении детской шизофрении широко используются нейролептики, однако их применение нередко сопровождается серьезными побочными эффектами. Хотя медикаменты могут помочь контролировать психотические симптомы у детей, страдающих шизофренией, необходимо использовать также и психосоциальные методы лечения, к которым относятся тренинг социальных навыков, вмешательство с участием семьи и помещение больных в специальные школы.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

Аутизм

аутическое расстройство (autistic disorder)

аутизм (autism)

тяжелые расстройства, вызванные нарушениями развития (pervasive developmental disorders (PDDs))
 персеверации (perseveration on sameness)
 спектральное расстройство (spectrum disorder)
 сонаправленное социальное внимание (joint social attention)
 протоимперативные жесты (protoimperative gestures)
 протодекларативные жесты (protodeclarative gestures)
 реверсия (повторение) местоимений (pronoun reversal)
 эхолалия (echolalia)
 прагматика (pragmatics)
 самостимулирующее поведение (self-stimulatory behaviors)
 теория распознавания психических состояний (ToM) (theory of mind, ToM)
 ментализация (mentalization)
 центральная когерентность (central coherence)
 дискретные методы обучения (discrete trial training)

метод использования естественно возникающих случайных возможностей (incidental training)
 метод речевого оперантного обусловливания (operant speech training)
 синдром Аспергера (РА) (Asperger's Disorder)
 синдром Ретта (Rett's disorder)
 дизинтегративное расстройство у детей (Childhood disintegrative disorder)
 другие тяжелые нарушения развития схожей специфики (Pervasive Development Disorder Not Otherwise Specified, PDD-NOS)
 детская шизофрения (Childhood-onset schizophrenia)
 шизофрения (schizophrenia)
 бред (delusions)
 галлюцинации (hallucinations)
 сопутствующие симптомы и патологические процессы (related symptoms and comorbidities)
 модель предрасположенности и стресса (vulnerability-stress model)
 коммуникативная девиантность (communication deviance)
 нейролептики (neuroleptics)

Глава 11
КОММУНИКАТИВНЫЕ
РАССТРОЙСТВА
И НАРУШЕНИЯ
РАЗВИТИЯ
ШКОЛЬНЫХ
НАВЫКОВ



Каждый человек полон желаний и замыслов, но он не в состоянии ясно запечатлеть их в своем воображении. Образы и звуки окружают вас повсюду, но вы не можете сосредоточить внимание настолько, чтобы уловить их смысл. Когда вам показывают, как нужно читать или складывать, то кажется, будто буквы и цифры выглядят и звучат совсем одинаково. В той или иной степени все люди испытывают подобные трудности, однако среди детей и подростков с расстройствами коммуникации и нарушением развития школьных навыков это весьма обычное явление. Бывает, что они с трудом справляются с ежедневными заданиями, и это приводит их в замешательство, расстраивает и в конечном счете становится причиной целого ряда неудач в учебе и понижает самооценку.

Дети с расстройствами коммуникации или с нарушением развития школьных навыков могут учиться: они так же умны, как и их сверстники. Как правило, расстройства отрицательно влияют лишь на отдельные аспекты обучения; эти расстройства редко приобретают серьезную форму и нарушают нормальный ход жизни, однако они способны вызывать глубокие стрессы. Рассмотрите случаи Джеймса и Франсины.

Джеймс: Способный, но не может читать

Джеймс, 9 лет, вызывал все большее беспокойство учителя: «Джеймс, несомненно, очень способный мальчик, и он стремится все делать хорошо. Я заметил, что он любит искусство и ему нравится рисовать. Но когда я прошу его выполнить какое-нибудь задание в классе, он страшно нервничает. Такое впечатление, будто школа внушает ему страх. И он жалуется на то, что не понимает смысла некоторых слов, пытаюсь их прочитать. Я боюсь, что со временем положение усугубится, и у Джеймса возникнут другие проблемы с учебой и с друзьями. Иногда у него случаются приступы ярости, и он с трудом успокаивается. Если Джеймс пытается что-то сделать, но все получается не так, как ему бы хотелось, он выходит из себя и начинает изо всех сил бить кулаками по стене».

Все это хорошо знакомо матери Джеймса. Она знает, что ее сын способен увлечься каким-нибудь занятием, только если ему позволят все делать по-своему. Она вспомнила время, когда мальчик еще только учился ходить: бывали моменты, когда он так сильно беспокоился и волновался, что с трудом засыпал и чувствовал себя совсем больным. Она поделилась своими опасениями с учителем в надежде выяснить причину состояния сына: «Пытаться заставить его читать дома — все равно, что отправить к врачу удалять зуб. Сам он ни за что не берется за книгу, потому что не может прочитать многие слова».

Франсина: Отчужденность и отставание

Франсина, 7 лет, пришла в новую школу — уже второй раз за два года. В первой школе требо-

вания были слишком высоки и дети дразнили ее, потому что она «не знала, сколько будет два плюс два». Она часами может играть сама с собой, и это ей нравится; ее не интересует, чем заняты сверстники. «Франсина часто выглядит печальной, отстраненной, кажется, будто она блуждает в тумане», — рассказала ее мать. Несмотря на то, что в школе Франсина была окружена заботой и вниманием, ее мать тревожило то, как к девочке относятся другие дети, а также то, что у нее совсем нет друзей.

При первом интервью родители Франсины с гордостью поделились со мной своими воспоминаниями о ее раннем детстве и о важных этапах в развитии: «Франсина начала ходить, когда ей еще не было года, она была очень разговорчивым ребенком и быстро усваивала новые слова. Это была здоровая, нормальная девочка, и непонятно, почему она совсем не интересуется школой и другими детьми». Они продолжали объяснять: «В дошкольном возрасте, когда Франсина ходила в садик, она не стремилась с кем-нибудь подружиться. Другие дети игнорировали ее, хотя она не делала ничего такого, что могло бы вызвать их раздражение. Вначале мы с мужем не слишком беспокоились, на самом деле мы даже гордились тем, как рано наша дочь увлеклась чтением и как много времени она проводит наедине с книгой или журналом, даже когда ей было всего 4–5 лет, хотя, как правило, девочка не понимала того, что написано. Но когда Франсине исполнилось 5 лет, это стало тревожить нас всерьез, потому что ее совершенно не занимали популярные фильмы, игрушки и другие вещи, вызывавшие живой интерес у ее сверстников. В дошкольном возрасте у нее возникали затруднения с числами и восприятием таких понятий, как «больше», «меньше» или «выше». Теперь она знает, что значат эти слова, но по-прежнему теряется, если мы просим ее что-нибудь сосчитать».

Вчера я дала ей карманные деньги, и довольно много; я специально подобрала пени, пятицентовые и десятицентовые монетки, чтобы посмотреть, сможет ли она их сосчитать. Мы усердно пытались сделать это, но Франсина путалась, переключала внимание с одной монеты на другую и в конце концов решила, что денег у нее больше, чем было на самом деле! А если вы попросите ее расположить что-нибудь в определенном порядке, например накрыть стол для ужина, то никогда не будете знать, чем это закончится!»

У Джеймса и Франсины разные проблемы в обучении. Проблемы Джеймса связаны с языком и чтением. Его способность различать звуки (фонемы) языка недостаточно развита, и это основная причина трудностей в распознавании слов и их написания.

Проблемы Франсины относятся, главным образом, к области *невербального* научения, например к математике. Она хорошо читает, хотя с трудом различает тонкие смысловые оттенки. Она также смешивает термины и понятия, которые описывают пространственные отношения или связь между числами.

Область нарушений развития школьных навыков и расстройств коммуникации, которые в широких научных кругах было принято приписывать к «нарушениям способности к обучению», в течение последнего десятилетия резко изменилась. Много лет проблемы обучения считались следствием слабой мотивации или недостаточно убедительных наставлений. К счастью, благодаря достижениям методики нейроимейджинга, различия в типе нервной организации и развитии детей с проблемами в области языка и связанными с этим проблемы когнитивного характера находят все большее понимание. Благодаря последним успехам в области диагностики проблем развития речи, признаки расстройств коммуникации обнаруживаются на самых ранних стадиях развития ребенка, и дети получают возможность альтернативного обучения, которое строится с учетом уровня их развития.

В этой главе мы уделяем особое внимание взаимосвязи между развитием речи и появлением проблем обучения при поступлении ребенка в школу. Мы рассматриваем эти проблемы в процессе развития, показывая, что расстройства коммуникации (которые диагностируются, главным образом, в раннем детстве) и нарушения развития школьных навыков (которые устанавливаются чаще всего в младшем школьном возрасте) имеют общие характерные черты, и что в их основе лежат одни и те же причины. Следует особо обратить внимание на то, что у дошкольников с расстройствами коммуникации с большей вероятностью разовьется нарушение способности к обучению в среднем детстве или в под-



Медленно, но верно большинство детей учат буквы и алфавит, узнают, как использовать их при чтении и написании слов. Однако детей с определенными нарушениями способности к обучению форма и звучание различных букв все еще приводят в замешательство.

ростковом возрасте (Beitchman & Young, 1997; Tallal, Townsend, Curtiss & Wulfeck, 1991).

ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ИСТОРИЯ

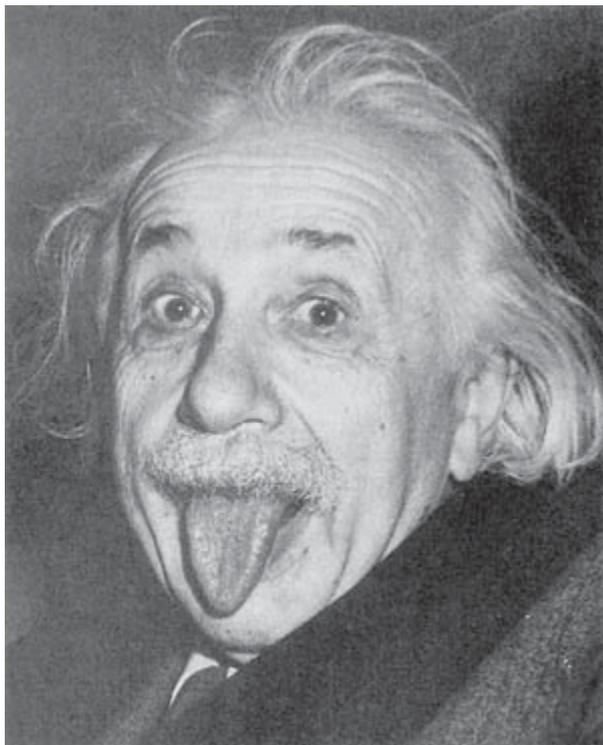
Нарушение способности к обучению — это общий термин, описывающий трудности в обучении, которые имеют место при отсутствии других очевидных условий, таких как задержка умственного развития или травма мозга. Этот термин был заменен в DSM-IV-TR на более точные: *нарушение развития школьных навыков* и *коммуникативное расстройство*; однако ввиду распространенности употребления этих терминов необходимо их разъяснить и охарактеризовать.

Нарушение способности к обучению влияет на то, как индивиды с нормальным или сильно развитым интеллектом воспринимают информацию, запоминают ее и выражают свои мысли: поступающая информация может не соответствовать сделанным из нее выводам. В отличие от большинства физических недостатков, нарушение способности к обучению — скрытый изъян, который трудно обнаружить у маленьких детей (Neuwirth, 1993). Так, дети с нарушением способности к обучению часто сталкиваются не только с трудностями в чтении, письме или математике, но и с нежеланием других людей понять, что их проблемы так же серьезны, как и явные физические недостатки.

Это нарушение часто проявляется в школе и может не только препятствовать обучению чтению, письму или математике, но также в будущем влиять и на многие другие стороны жизни — работу, повседневные дела, отношения с близкими и друзьями. Некоторые нарушения носят достаточно узкий характер и воздействуют на ограниченный ряд способностей, тогда как другие затрагивают достаточно широкий спектр задач и социальных ситуаций. Каждый тип нарушения способности к обучению — связан ли он с чтением, письмом, математикой или языком — характеризуется особыми определениями и диагнозами.

Объем информации о расстройствах коммуникации и нарушении развития школьных навыков быстро увеличивается благодаря росту научного интереса и проводимым в этой области исследованиям. Сейчас мы понимаем, что нарушение способности к обучению — достаточно серьезная проблема, но она не обязательно становится преградой на пути к знаниям. Например, многие известные люди, которые испытывали трудности в обучении, использовали свои таланты необычным образом (Orton Dyslexia Society, 1996):

- Томас Эдисон, изобретатель;
- Альберт Эйнштейн, физик;
- Уинстон Черчилль, британский премьер-министр;
- Вудроу Вильсон, американский президент;
- Том Круз, актер.



Немногие знают о том, что в раннем детстве у Альберта Эйнштейна были проблемы с речью и языком, послужившие толчком для сделанного им колоссального вклада в развитие наук о природе.

В Северной Америке дети с нарушением способности к обучению составляют большинство среди детей, которые получают специальное образование (С. R. Johnson & Slomka, 2000). Однако специалисты все еще ведут борьбу за точное название этого

нарушения, ввиду многообразия его форм и частично совпадающих симптомов.

Нарушение способности к обучению — это общий термин, описывающий значительные трудности в овладении одним или более из следующих умений: слушать, говорить, читать, писать, логически рассуждать и считать. Нарушение способности к обучению не включает в себя проблемы, обусловленные первоначально зрительными, слуховыми или двигательными нарушениями; задержкой умственного развития, нарушением в эмоциональной сфере или внешними факторами. Нарушения, связанные с эмоциональной или социальной сферой, а также другие виды дезадаптации могут возникнуть в связи с проблемами в обучении, но сами по себе они не являются нарушением способности к обучению (адаптировано из Individuals with Disabilities Education Act [IDEA], 1997).

В главе 9 мы описали интеллект как понятие, которое включает в себя развитие основных когнитивных способностей, в том числе умение решать проблемы, навыки вербального общения и способность рассуждать. Понятие *общего интеллекта*, описание которого дано ниже (см. врезку 11.1), охватывает разнообразные формы интеллекта и предполагает, что каждый тип так же важен, как и остальные, но по разным причинам. Расширение понятия «интеллект», когда под этим подразумевается нечто большее, чем развитие логических, математических или языковых способностей, помогает сосредоточить внимание на индивидуальных особенностях и уникальности каждой личности. Например, мы все чувствуем себя сильнее в каких-то определенных областях знания или практической деятельности по сравнению с другими людьми (нам нравится писать и читать, но не просите нас настроить ваш видеомаягнитофон). Подобным образом дети с нарушением развития школьных навыков, но с нормальным интеллектом имеют свои «сильные» и «слабые» сторо-

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 11.1 Структура общего интеллекта

- **Лингвистический:** способность чувствовать значение, функции и грамматические правила употребления слов, например при написании сочинения.
- **Музыкальный:** чувствительность и креативность в области восприятия и манипулирования тоном, ритмом, музыкальным образом, высотой звука и тембром, например при написании музыкального произведения.
- **Логический/математический:** способность решать проблемы и абстрагироваться, например в математике и технике.
- **Пространственный:** способность воспринимать и создавать различные формы и контексты, манипулировать образами, например в живописи.
- **Телесный/кинестетический:** способность использовать тело, координировать движения особым сложным образом, например в танце и в гимнастике.
- **Внутриличностный:** способность осознавать, определять внутренние чувства и мысли и следовать им, например, в поэзии и самопознании.
- **Межличностный:** способность понимать настроение, чувства и действия других людей, например в семейных отношениях, в преподавательской деятельности, в политике.

Источник: на основе Gardner, 1993.

ны, поэтому некоторые учебные задания оказываются для них сложнее других.

Эта структура заслуживает внимания потому, что является *чрезвычайной* (избыточной) для ребенка, у которого иначе протекает нормальное умственное и физическое развитие.

Расстройства коммуникации — это *диагностическое* понятие, которым определяют проблемы, связанные с произнесением звуков (фонологическое расстройство) или нарушением плавности речи (заикание), они могут проявляться при общении (расстройство развития экспрессивной речи), или при понимании того, что говорят другие люди (смешанное экспрессивно-рецептивное расстройство). Эти расстройства в дальнейшем могут повлечь за собой различные проблемы в обучении.

Нарушение развития школьных навыков — это *диагностическое* понятие, которым определяют специфические проблемы чтения (расстройство навыков чтения, дислексия), умения считать (расстройство навыков счета) или способности писать (расстройство навыков письма) — по тестовым результатам, которые существенно ниже, чем у детей с нормальным интеллектом и способностью к обучению.

В большинстве случаев термины *нарушение развития школьных навыков* и *нарушение способности к обучению* обозначают одно и то же явление. Другими словами, общим для всех детей, не способных к обучению, является несоответствие их развития требованиям, которые предъявляет школа (Н. G. Taylor, 1988; Toppelberg & Shapiro, 2000). Диагностика нарушений развития школьных навыков влечет за собой повышенное внимание к детям и взрослым, которые не в состоянии нормально учиться.

Необычная структура сильных и слабых сторон в способности к обучению была впервые замечена и изучена в конце XIX века врачами, которые лечили пациентов с различными увечьями (Hammill, 1993). Франц Йозеф Голл (Franz Joseph Gall), стоявший у истоков изучения расстройств речи, был поражен тем, что он обнаружил у некоторых своих пациентов с мозговыми травмами, а именно: утратив способность ясно и четко выражать свои чувства и мысли посредством речи, эти люди тем не менее не страдали от ослабления интеллекта. Один из его пациентов совсем не мог говорить и все-таки мог без проблем изложить свои мысли на бумаге. Поскольку было известно, что у этого пациента до травмы головы речь была нормальной, Голл решил, что проблема, должно быть, возникла из-за травмы мозга, которая прервала неврологические процессы, отвечающие за речь. Именно тогда впервые ученые начали точно определять участки мозга, отвечающие за восприятие и воспроизведение речи.

Эти первые наблюдения, полученные в результате изучения известных медицине травм, наглядно показали, что люди с нарушениями способности к обучению отличаются от пациентов с замедленным психическим развитием с точки зрения *относительной стабильности и дефицита*. Для таких людей

характерны, наряду с нормально протекающими умственными процессами, проявляющимися в различных сферах деятельности, также и умственные процессы, выраженные гораздо слабее. Этот феномен известен сейчас как **непредвиденное отклонение** между измеряемой способностью человека и реальным положением дел. Данная формулировка до сих пор лежит в основе определения нарушений развития школьных навыков. Однако в настоящее время сущность полемики ученых сводится к тому, так ли *необходимо* учитывать это отклонение для определения нарушений способности к обучению (J. M. Fletcher et al., 1998) — точка зрения, к которой мы вернемся в этой главе чуть позже.

Связи между отставанием в психическом развитии, органическим поражением мозга и проблемами обучения вызвали глубокий интерес ученых, которые уже к 40-м годам XX века были твердо убеждены в существовании связи между мозговыми процессами и поведением. Однако возникал вопрос, почему дети, не соответствующие, по результатам IQ, определению их к группе умственно отсталых, все-таки имели значительные проблемы в обучении. Могло ли психическое отставание распространяться только на некоторые интеллектуальные способности и не касаться других? Были ли учебные проблемы такими же, какие характерны для любой умственной деятельности?

А. Строс и Х. Вернер (A. A. Straus & H. Werner, 1943) считали, что дети обучаются каждый по-своему, и возражали против единообразия и ориентации учебного процесса на нормальных детей. С того времени и по настоящий момент для ученых являются определяющими следующие три важных положения (Lyons, 1996a):

1. Способности к обучению у детей различны, каждый ребенок уникален, поэтому для успешной деятельности следует признать необходимость индивидуального подхода к обучению каждого ребенка.
2. Методы образования должны быть ориентированы отдельно на «сильных» и «слабых» по способностям детей; один и тот же метод не может быть применен ко всем.
3. Для детей с нарушением развития школьных навыков необходимо создавать такие педагогические методики, которые развивали бы имеющиеся у них способности, а не заостряли бы внимание на их недостатках.

В начале 1960-х годов началось современное движение по выявлению нарушений способности к обучению. Родители и воспитатели были недовольны тем, что для оказания специальной помощи требовались частые проверки на предмет психического отставания их детей. Возникла необходимость в создании определенного диагностического критерия для тех детей, трудности в обучении которых нельзя было объяснить психическим отставанием, несовершенством методов обучения, психопатологией или сенсорным дефицитом (Lyons, 1996a).

Таким образом, возникшая концепция нарушений способности к обучению была продиктована здравым смыслом многих людей, которые были хорошо знакомы с тем, насколько различны потребности детей. В штатах и провинциях эта концепция была впоследствии успешно внедрена в практику проведения различных специальных образовательных программ и других подобных мероприятий. Участие в этих программах многих психиатров и психологов способствовало успешной деятельности воспитателей, родителей и врачей-клиницистов. Расширился спектр методов обучения, включая новые направления работы с младшими школьниками, которые не могли заниматься по типовым методикам в классе. Специалисты-логопеды стали обязательными членами педагогического коллектива школ.

Когда центр выявления нарушений способности к обучению «перешел» из клиник в классы, основную задачу по составлению и распределению программ взяли на себя родители и воспитатели. Их вдохновлял тот факт, что термин «неспособность к обучению» не накладывал клеймо на их детей, а, скорее, способствовал предоставлению им необходимых услуг (Hamill, 1993). То обстоятельство, что у этих детей был нормальный интеллект, давало родителям надежду, что трудности в чтении, письме и математике могут быть преодолены, если дети будут правильно распределены по классам (Lyon, 1996a).

Благодаря тесному сотрудничеству родителей, воспитателей и специально обученных специалистов область исследования нарушений способности к обучению, зародившись в 1960-х годах, в настоящее время превратилась в один из главных аспектов деятельности специалистов сферы образования.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- *Нарушение способности к обучению* — это общий термин для проблем коммуникации и обучения, которые диагностируются при отсутствии других явных нарушений, таких как умственное отставание или повреждение мозга.
- Дети и взрослые с нарушением способности к обучению демонстрируют *специфические затруднения* в использовании речи и письма.
- Родителям и учителям обычно отводится главная роль в оказании помощи детям с нарушениями способности к обучению.

РАЗВИТИЕ РЕЧИ

Сначала малыши прислушиваются к звукам речи своих родителей и скоро начинают общаться при помощи основных жестов и звуков. В течение пер-

вого года жизни они могут узнавать несколько слов и даже создавать новые слова для выражения своих желаний и эмоций. После двух лет развитие языка стремительно прогрессирует, и их способность связно формулировать свои мысли и выражать новые понятия вызывает восторг и восхищение родителей. Взрослые играют важную роль в поощрении развития навыков речи ребенка, совершенствуя речь и радуясь детским выражениям.

Язык состоит из фонем, которые являются основными звуками (такими как взрывные *б, д* или гласные *и, е*) и формируют язык. Когда ребенок постоянно слышит ту или иную фонему, рецепторы уха стимулируют формирование соответствующих связей и передают их в слуховую часть коры головного мозга. Сформированная карта восприятия представляет собой набор сходных между собой звуков, что помогает ребенку распознавать различные фонемы. Эти карты формируются быстро; шестимесячные дети англоговорящих родителей уже имеют слуховые карты, которые отличаются от слуховых карт, присущих, например, малышам в шведских семьях — что зависит от разной активности нейронов на различные звуки (Kuhl, 1995). К первому году жизни карты сформированы, и малыши утрачивают способность различать звуки, не важные для их родного языка.

Именно быстрое развитие карты восприятия является причиной трудностей изучения второго языка после первого: дело в том, что связи в мозге уже сформированы, а оставшиеся нейроны почти не способны сформировывать новые основные связи, скажем, для шведского языка. Когда установлен описанный цикл, малыши могут составлять из звуков слова, и чем больше слов они слышат, тем быстрее изучают язык. Звуки служат для усиления и расширения нервных связей, что, в свою очередь, обеспечивает формирование большего количества слов. Похожие кортикальные схемы формируются как база и для других занятий, например музыки. У маленького ребенка, который учится играть на музыкальном инструменте, может активизироваться циркуляция нейронов, что благоприятно скажется на развитии у него пространственного мышления и математических способностей (Hancock, 1996).

Фонологическая осведомленность

Не все дети нормально прогрессируют в своем языковом развитии, некоторые очень отстают, используя для общения преимущественно жесты или звуки, а не речь. Другие нормально развиваются, следуя устным распоряжениям, однако испытывают затруднения в поиске слов для ясного выражения своих мыслей.

Хотя развитие речи является одним из главных показателей общего интеллекта, а также освоения школьной программы (Sattler, 1998), разница в этом показателе никоим образом не является признаком интеллектуального отставания или когнитивного расстройства детей. Скорее, такие отклонения от нормы могут действительно быть всего лишь откло-

нениями и сопровождаться ярко выраженными способностями в других областях. Альберт Эйнштейн, которого считают интеллектуальным гением, начал говорить поздно, запинаясь и заставляя тем самым своих родителей думать, что он «не совсем нормальный». Фамильное предание гласит: когда отец спросил директора школы, какую профессию тот посоветовал бы выбрать его сыну, ответ был прост: «Это не имеет никакого значения, потому что он никогда и ни в чем не достигнет успеха» (R. W. Clark, 1971, стр. 10).

Поскольку развитие речи является показателем общего психического развития (Sattler, 1998), то дети, отстающие в языковом развитии или имеющие серьезную задержку в овладении языком, считаются принадлежащими к группе риска. Как известно, проблемы с речью у Альберта Эйнштейна были предвестниками его последующих расстройств общения и обучения (Benasich, Curtiss & Tallal, 1993; B.A.Lewis, Freebarn & Taylor, 2000).

Фонология — это способность запоминать и хранить фонемы, а также правила составления из звуков смысловых соединений или слов. Нарушение этой способности является основной причиной того, почему большинство детей и взрослых с нарушениями коммуникации и развития школьных навыков имеют проблемы в области языка, такие как умение читать и писать.

Маленькому ребенку необходимо осознать, что речь разделена на фонемы (английский язык содержит 44, такие как *ba, ga, at* и *tr*). Многим детям бывает очень трудно понять, что речь не состоит из отдельных фонем, которые следуют одна за другой. Вместо этого звуки *артикулируются одновременно* (накладываются друг на друга) для того, чтобы можно было говорить быстрее, чем при произнесении их последовательно (Liberman & Shankweiler, 1991).

К семи годам около 80% детей в состоянии дробить слова и слоги на фонемы (Blachman, 1991), но есть и такие, кто не может этого сделать. Это дети, имеющие серьезные проблемы в овладении навыками чтения (B. A. Shaywitz & Shaywitz, 1994).

При поступлении в школу ранние языковые проблемы становятся проблемами обучения, так как детям приходится учиться соотносить разговорную речь с письменной. Детям, которым трудно научиться читать и писать, так же трудно усвоить и систему соотношения букв и звуков. Эти дети не могут правильно произносить звуки в слогах слов, что и называется недостатком фонологической осведомленности и является предвестником проблем чтения (Frost, 1998).

Фонологическая осведомленность — широкий обобщенный образ, который включает распознавание связей, существующих между звуками и буквами, определение ритма и аллитерации, а также знание того, что звуки могут составлять различные слоги в словах. Для выяснения уровня фонологической осведомленности у школьников начальных классов учителя просят их рифмовать слова или переставлять звуки. Например, учитель может сказать «кот»

и попросить ребенка сказать слово без первого звука *к*, или сказать «дом», а ребенок должен сказать слово без *м*. Чтобы оценить способность ребенка соединять звуки, учитель может произнести, например, три звука *т, р* и *и*, и посмотреть, сможет ли ребенок произнести эти звуки вместе, сложив их в слово «три».

Наряду с тем что фонологическая осведомленность служит необходимым условием для формирования навыков чтения, она также тесно связана с развитием экспрессивной речи (Edwards, Fourakis, Beckman, & Fox, 1999). В процессе чтения тем, кто испытывает существенные трудности при произнесении звуков, очень сложно дифференцировать фонемы, запоминать названия обычных предметов и букв, а также хранить фонологические коды в кратковременной памяти, распознавать фонему и воспроизводить некоторые звуки речи. Большей частью чтение и понимание зависят от скорости и автоматической способности распознавать отдельные слова. Медлительные и невнимательные дети сталкиваются с очень большими трудностями в понимании прочитанного (Lyon, 1996).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Развитие речи базируется на врожденной способности и приобретенных возможностях учить, хранить и воспроизводить основные звуки в языке, оно происходит очень быстро, в раннем детстве.
- Дефицит фонологической осведомленности — возможность различать звуки языка — является главной причиной расстройств коммуникации и нарушений развития школьных навыков.

РАССТРОЙСТВА КОММУНИКАЦИИ

Детям с расстройствами коммуникации (ранее известными как расстройства развития речи) очень трудно произносить звуки речи, пользоваться разговорным языком для общения или понимать то, что говорят другие люди. В DSM-IV-TR расстройства коммуникации включают диагностические подкатегории: *расстройство экспрессивной речи, фонологическое расстройство, смешанное рецептивно-экспрессивное расстройство и заикание*. Эти подкатегории различаются специфическим характером одноименных заболеваний.

Напомним, что фонологические проблемы возникают раньше проблем с восприятием и использованием языка. Из-за их большого сходства в дальнейшем мы будем говорить о расстройстве экспрессивной речи — с целью привлечь внимание к тем проблемам раннего детства, которые представляют

собой основные черты расстройств коммуникации. (Заикание имеет особую клиническую картину и свое развитие, поэтому обсуждается отдельно.)

Рассмотрим проблему обучения трехлетней Джеки.

Джеки: Кричит, но не разговаривает

Мама Джеки сразу же объяснила, почему она попросила о помощи: «Моя трехлетняя дочь вызывает беспокойство. С малых лет у нее болели уши, были проблемы со сном. Иногда ночами она кричала несколько часов подряд, обычно из-за боли в ухе. У нее бывают сильные перепады настроения, она отказывается делать простые вещи, о которых я прошу, например одеваться».

Ребенок, который ожидал в соседней комнате для игр, подтверждал громким криком слова матери. Джеки спрашивала о чем-то моего ассистента, но о чем именно — было невозможно разобрать. Мать рассказала, что она и отец Джеки развелись, когда девочке еще не исполнилось и двух лет. После выходных дней, проведенных с отцом, девочке требовалось несколько дней, чтобы прийти в нормальное состояние.

Я стал читать письмо, которое мать принесла от воспитательницы детского сада Джеки, которая имела, как мне было известно, большой опыт работы с детьми этого возраста. «Джеки — способный и энергичный ребенок, — так начиналось письмо, — но она испытывает большие трудности, чтобы выразить словами свои мысли. Когда она недовольна собой, то отступает, сердится, отказывается от еды или дерется с дневными дежурными. Если ее знакомят с новым дежурным воспитателем, Джеки требуется длительное время, чтобы к нему привыкнуть. Кажется, Джеки понимает, что у нее спрашивают, но не может найти слова, чтобы выразить свои мысли, и это, естественно, ведет к такой негативной эмоциональной реакции с ее стороны».

Проблемы Джеки демонстрируют критерии расстройства экспрессивной речи, которое является расстройством коммуникации и характеризуется дефицитом средств выражения, несмотря на нормальное понимание речи. Возможно, именно из-за дефицита средств выражения Джеки проявляла свое отчаяние так громко и неуместно.

Развитие речи у детей происходит в определенной последовательности, хотя у каждого ребенка этот процесс может протекать по-своему. Поэтому трудно предвидеть, станут ли ранние проблемы коммуникации у данного ребенка в дальнейшем его главной проблемой при обучении. Примером могут служить случаи, когда ребенок, указывая на различные предметы, произносит звуки, напоминающие, скорее, хрюканье и визжание, которые родители сразу же распознают как просьбу: «еще молока» или «не надо гороха». Примерно до трех лет многие дети

общаются таким образом, если родители активно не поощряют их пользоваться словами и не отваживаются от невербального общения. Тем не менее, несмотря на большое количество вербальных упражнений и правильную языковую стимуляцию, у некоторых детей недостаточно развиваются отдельные аспекты речи и позднее они сталкиваются с проблемами в школе. Эта связь с умственным развитием делает изучение коммуникативных расстройств крайне необходимым для понимания и лечения последующих проблем развития школьных навыков.

РАССТРОЙСТВО ЭКСПРЕССИВНОЙ РЕЧИ

Дети, страдающие расстройством экспрессивной речи, такие как Джеки, не являются умственно отсталыми, не страдают они также и от одного из распространенных расстройств развития, которые влияют на речь и язык (см. главы 9 и 10). Одной из определяющих характеристик расстройств экспрессивной речи в действительности является расхождение между тем, что дети понимают (рецептивный язык) и тем, что они могут сказать (экспрессивный язык). Например, когда родители просили Джеки подняться наверх, найти свои носки и надеть их, она могла это сделать. Когда же мать попросила ее описать свои действия, девочка просто ответила: «нашла носки». Таблица 11.1 содержит основные показатели по DSM-IV-TR диагностического критерия для определения расстройства экспрессивной речи.

Языковые возможности детей с расстройствами экспрессивной речи значительно различаются в зависимости от тяжести расстройства и возраста ребенка. Чаще всего эти дети начинают говорить довольно поздно и медленно прогрессируют в развитии языка. Их словарный запас часто ограничен, их речь состоит из кратких предложений с простой грамматической структурой. Для того чтобы установить критерии диагноза, эти проблемы должны быть настолько тяжелыми, чтобы препятствовать успехам ребенка в дошкольный и школьный периоды, а также ежедневному общению.

Требуют разъяснения два тесно связанных между собой типа расстройств коммуникации. **Смешанное рецептивно-экспрессивное расстройство речи** может наблюдаться, когда проблемы в общении усиливаются в связи с трудностями *понимания* некоторых аспектов речи. Хотя дети с таким расстройством обладают нормальным слухом, они не могут понять значение определенных звуков, слов и предложений. В тяжелых случаях способность ребенка понимать основной набор слов или простые предложения может быть ослаблена, у него могут возникнуть проблемы в произнесении звуков и букв, а также в запоминании и воспроизведении звуков в правильной последовательности (APA, 2000). Естественно, из-за этих проблем ребенок кажется невнимательным или

неуправляемым, и его расстройство может быть неправильно диагностировано.

Представьте себе, что бы вы почувствовали, приехав в Грецию в гости к англоговорящей хозяйке и ее мужу-греку. В отсутствие хозяйки попытка завязать дружескую беседу с хозяином может оказаться безуспешной, более того — она может расстроить вас. Даже если вы оба понимаете несколько слов собеседника, вероятнее всего, настоящая беседа не получится. Если вы когда-нибудь сталкивались с подобным коммуникационным барьером, вероятно, вы смогли бы в значительной степени оценить разочарование и дискомфорт, сопровождающие расстройство экспрессивной речи.

Когда проблема развития речи является проблемой артикуляции или звукового воспроизведения в большей степени, чем узнавания слов, может быть поставлен диагноз фонологического расстройства. Детям с таким расстройством трудно контролировать скорость речи или фиксировать отставание от сверстников в изучении артикуляции некоторых звуков. Обычно трудными для артикуляции являются те звуки, которыми овладевают позднее в процессе интеллектуального развития, такие как *л*, *р*, *с*, *з*, *ч* и *щ* (APA, 2000). В зависимости от серьезности расстройства, речь этих детей может казаться необычной, порой даже неразборчивой. Например, шестилетний Джеймс все еще говорит «ву-ка» вместо «рука» и «вы-ба» вместо «рыба». Конечно, дошкольники часто неправильно произносят слова или путают звуки, которые они слышат, что является нормальным этапом в процессе обучения речи. Но когда эти же проблемы выходят за порог нормального развития или препятствуют учебной и социальной активности, они заслуживают особого внимания.

Распространенность и течение

Обычно проблемы в речевом выражении и артикуляции обнаруживаются в период, когда дети заучивают новые звуки или же начинают выражать свои мысли. Степень серьезности заболевания может значительно варьироваться.

Например, в раннем детстве мягкие формы фонологического расстройства являются сравнительно общими, ими страдают около 10% дошкольников. Многие из них избавляются от такого рода проблем, и к шести-семи годам только у 2–3% детей их проблемы соответствуют критерию фонологического расстройства. Подобным образом расстройство экспрессивной речи (поражающее 2–3%) и смешанное экспрессивно-рецептивное расстройство (поражающее

менее 3%) — оба являются относительно общими для детей младшего школьного возраста (APA, 2000). К счастью, в средний и поздний подростковый периоды большая часть детей с расстройством речевого развития приобретают нормальную речь (APA 2000). Примерно половина из них совершенно избавляется от проблем, тогда как у другой половины наблюдается значительное улучшение, но все еще может сохраняться некоторая степень нарушения до позднего подросткового периода. В противоположность *врожденному типу расстройств*, течение и прогноз болезни для детей с *приобретенным типом* расстройства коммуникации (произошедшим в результате травмы головного мозга или паралича) зависит в значительной степени от серьезности повреждения, от того, какой именно участок мозга поврежден, а также от возраста ребенка в момент травмы и от степени развития речи в это время (APA, 2000).

Хотя со временем сами проблемы речи обычно исчезают или уменьшаются, у детей с расстройством коммуникации, начиная с раннего возраста, часто наблюдаются выраженные паттерны негативного поведения (Beitchman & Young, 1997; Toppelberg & Shapiro, 2000). Такие расстройства поведения, как гиперкинетическое расстройство и дефицит внимания, могут усугубить уже существующие проблемы коммуникации, выражающиеся в том, как дети общаются со сверстниками или как они справляются с учебными заданиями. Так как учителя все больше осознают важность того, чтобы дать детям с особыми потребностями возможность взаимодействия с нормально развитыми детьми, школьная система начала помещать детей с различными проблемами в обычные, а не в изолированные классы. Помещение отстающих в развитии детей вместе с их нормальными сверстниками основано на предположении, что дети с особыми потребностями получают пользу от общения с нормально развитыми сверстниками и будут избавлены от эффекта навешивания ярлыков и помещения в специальные учреждения. Как показано во врезке 11.2, эффект взаимодействия со сверстниками в социальной сфере напоминает нам о пользе факторов окружения, которые влияют на ход развития детей с особыми потребностями.

Расстройства коммуникации в легкой степени проявляются чаще у мальчиков (8%), чем у девочек (6%) (Tomlin, Forrest, Pu & Kim, 1997). Однако из-за того, что у мальчиков наряду с языковыми трудностями существует больше проблем поведения, они более заметны; им чаще, чем девочкам, ставится диагноз коммуникативного расстройства и нарушения развития школьных навыков (F. V. Wood & Felton, 1994).

Таблица 11.1 Основные диагностические критерии расстройства экспрессивной речи по DSM-IV-TR

- А.** Данные стандартизированных, индивидуально измеренных параметров языкового развития значительно ниже стандартизированных показателей уровня развития невербального интеллекта и развития рецептивного языка.
- Б.** Трудности экспрессивной речи препятствуют учебе, общению и профессиональной деятельности.

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Что предпочтительнее — специальное окружение или пребывание вместе с нормальными детьми?

Учителя и исследователи заинтересовались потенциальными возможностями детей с расстройством экспрессивной речи и подобными расстройствами коммуникации, которые часто выявляются в играх со сверстниками. Ожидается ли заметный прогресс в развитии у детей с расстройствами коммуникации, если они находятся среди подобных им детей, или же они получают большую пользу от общения с нормально развитыми сверстниками? Исследователи задались этим вопросом, наблюдая взаимодействие сверстников из этих двух групп (Guralnick, Connor, Hammond, Gootman and Kinnish, 1996). Исследователи обнаружили много сходных черт между членами этих двух групп, а именно: способность к долгому непрерывному взаимодействию в процессе игры, успешное общение между собой, решение конфликтов и отзывчивость на различные социальные проблемы. Выявились и существенные различия. Несмотря на окружение, дети с расстройствами коммуникации, вовлеченные в непродолжительную активную беседу, обнаружили достаточно низкий уровень позитивного поведения и редко правильно отвечали на задаваемые им вопросы.

Как и ожидалось, нормально развитым детям, вне зависимости от окружения, лучше, чем детям с расстройством коммуникации, удавалось вовлечь сверстников в игры. В то же время детям с нарушениями сравнительно лучше удавалось взаимодействие с нормально развитой группой сверстников, чем со своими «колегами» по несчастью. Это открытие подтверждает необходимость совместного обучения и воспитания детей с проблемами и нормально развитых сверстников до тех пор, пока эти проблемы актуальны.

Причины Генетика

По всей видимости, процессы формирования речи в значительной степени обусловлены генетически (S. L. Miller & Tallal, 1995). Примерно у трех детей из четырех со специфическими расстройствами речи в роду были люди с нарушениями способности к научению (Spitz, Tallal, Flax & Benasich, 1997; Tallal, Ross & Curtiss, 1989a). Данная мысль подтверждается исследованиями и других ученых (Bishop et al., 1999).

Кроме того, ученые склонны усматривать причину рассматриваемых расстройств в особых повреждениях мозга, которые ведут к нарушениям коммуникации и могут передаваться по наследству. Сравнительный анализ состояния здоровья в семьях больных детей показал, что *нарушение функций височной доли мозга* чаще встречается у детей, в семьях которых наблюдались случаи нарушения способности к обучению по причине расстройства речи (Keen & Lovegrove, 2000; Merzenich et al., 1996).

Головной мозг. Речевые процессы протекают в основном в левой височной доле (Рис. 11.1). Непрерывная ответная реакция нервного центра помогает усиливать процесс развития восприятия речи и ее выражения. Чем лучше дети понимают речь, тем понятнее они будут выражать свои мысли. С другой стороны, произнесение ими звуков, в свою очередь, помогает им в дальнейшем выражать свои мысли словами. Недостаток понимания и отсутствие обратной связи уменьшают способность к воспроизведению слов и препятствуют развитию артикуляционных навыков (Spreen, Risser, & Edgell, 1995).

Анатомические исследования наряду с изучением способности нервной системы к восприятию по-

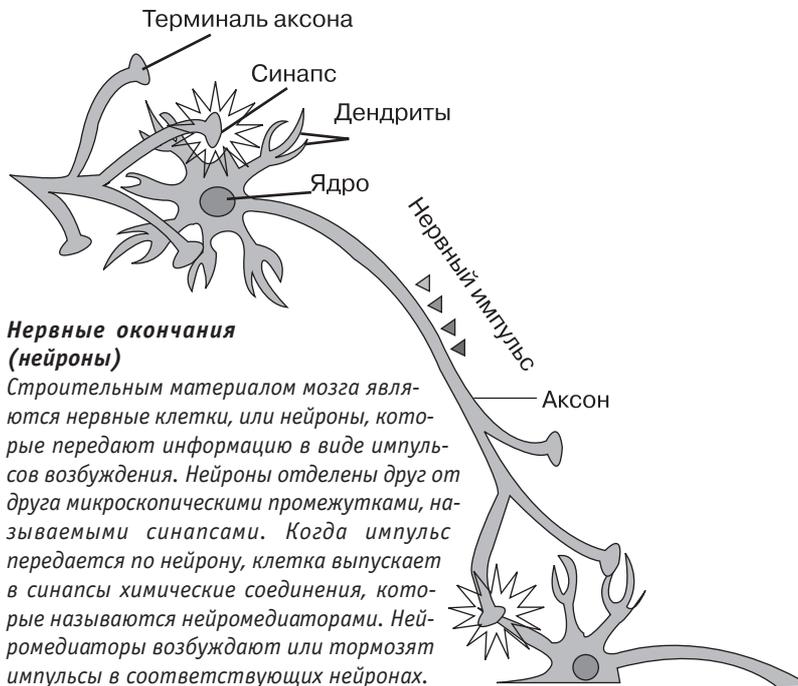
казывают, что фонологические расстройства связаны с проблемами функционирования мозга в задней части левого полушария (Lyon, 1996b). Исследования кровоснабжения мозга показали, что плохое кровообращение является следствием недостаточной активности левой височной доли (F. B. Wood, Felton, Flowers & Naylor, 1999). Таким образом, причиной фонологических расстройств может быть неврологический дефицит или отклонения в задней части левого полушария, которые контролируют способность обрабатывать фонемы (S. Shaywitz & Shaywitz).

Инфекционные заболевания среднего уха. Другой биологической причиной ослабления речи могут быть повторяющиеся отиты или воспаления среднего уха на 1-м году жизни, так как потеря слуха является следствием частых или затяжных приступов инфекции. Острые воспаления среднего уха могут быть причиной ранних проблем с речью, которые преодолеваются относительно быстро. При ином процессе течения болезни причины, вероятно, могут носить в большей степени неврологический характер, и болезнь может длиться гораздо дольше (Lonigan & Fischel, 1992). Дети с хроническими отитами испытывают определенные трудности в общении со сверстниками, пытаются говорить так же, как они (Shriberg, Friel-Patti, Flipsen & Brown, 2000).

Хотя нейрофизиологическая точка зрения на причины речевых расстройств, свидетельствующая о том, что речевые нарушения вызваны нарушениями функционирования мозга, преобладает, до сих пор не ясно, как возникают подобные аномалии. Наиболее вероятным является предположение, что расстройства речи — это результат взаимодействия генетических влияний, задержки или патологии созревания мозга, а также, возможно, минимальных дисфункций мозга, которые недоступны обнаружению клиническим путем (S. Shaywitz & Shaywitz,

ГЛАВНЫЙ ОРГАН**Головной мозг**

Большая часть мозга, разделенная на два полушария и четыре доли, состоит из внешнего слоя серого вещества, называемого корой головного мозга, и внутреннего слоя, состоящего из белого вещества, с функцией передачи информации в кору. Кора головного мозга управляет самыми сложными процессами — от восприятия изображения до мышления и планирования.

**Нервные окончания (нейроны)**

Строительным материалом мозга являются нервные клетки, или нейроны, которые передают информацию в виде импульсов возбуждения. Нейроны отделены друг от друга микроскопическими промежутками, называемыми синапсами. Когда импульс передается по нейрону, клетка выпускает в синапсы химические соединения, которые называются нейромедиаторами. Нейромедиаторы возбуждают или тормозят импульсы в соответствующих нейронах.

Рис. 11.1. Зоны речи в коре головного мозга. (Time, Июль 5, 1995, стр. 36).

1999). К счастью для левшей, «ненормальное использование руки» и «отличие» мозга не имеют отношения к расстройству речи или к неспособности к обучению, несмотря на многочисленные попытки найти подобную связь.

Домашнее окружение. Насколько обстановка, окружающая ребенка дома, способствует расстройствам речи? Возможно, некоторые родители не в состоянии стимулировать развитие речи своих детей? Поскольку роль родителей в процессе развития детей чрезвычайно важна, психологи тщательно изучают эти спорные вопросы.

Придя домой к Джеки в первый раз, мы заметили, что ее отчим, очень спокойный человек, часто общался с ней посредством жестов, мимики или коротких фраз. Ее мать в разговоре с дочерью пользовалась более примитивной лексикой, чем в общении с шестилетней сестрой Джеки. Эти наблюдения сходны с наблюдениями Вайтхарста (Whitehurst) и его коллег (1988), которые провели сравнительное исследование вербального общения в семьях, где

есть дети с расстройством речи, и там, где их нет. Ученые обнаружили, что родители изменяют свою манеру говорить с ребенком в зависимости от его способностей. Если ребенок говорит простыми предложениями, состоящими из двух-трех слов, то родители стараются говорить так же. Подчеркнем, что, кроме случаев, когда ребенок совершенно заброшен или к нему плохое отношение, маловероятно то, что расстройства речи происходят по вине родителей. Родительская речь и языковое стимулирование могут влиять на скорость и диапазон речевого развития, но не на особые повреждения, характерные для расстройств (Tallal et al., 1996).

Лечение

К счастью, речевые расстройства и связанные с ними трудности в общении к шести годам обычно исчезают сами собой и не требуют вмешательства. Однако даже в этом случае родителям следует разобраться в причине задержки речи ребенка и убедиться в том, что они делают все возможное, чтобы стимулировать языковое развитие. Например, спе-

мального (патологического) развития, происходящего в речевых центрах мозга, которые обычно находятся в левом полушарии (Ardila, Rosselli, Bateman & Guzman, 2000). Эта биологическая причина заикания объясняет многие его клинические характеристики, включая утрату самостоятельности и заниженную самооценку (Yovetich, Leschied & Flicht, 2000).

Поскольку большинство детей так или иначе избавляются от заикания, перед родителями и врачами встает вопрос, какой метод лечения следует предпочесть. Терапия обычно рекомендуется, если: (а) ребенок часто повторяет звуки и слоги, (б) родителей или ребенка беспокоит эта проблема или (в) ребенок напрягает мышцы лица и голос при говорении. Общий психологический подход к лечению детей, страдающих заиканием, заключается в том, чтобы научить родителей говорить с ребенком медленно, используя короткие и простые предложения, стараясь снять нервное напряжение, которое ребенок может чувствовать при разговоре (Craig, 2000). В случаях, когда этот подход не является эффективным или если заикание препятствует обучению или общению со сверстниками, применяется поведенческая методика, называемая *методом регулирования дыхания*. Ребенка просят прекратить говорить перед моментом заикания и глубоко вздохнуть, затем задержать дыхание и выдохнуть перед тем, как продолжить речь (Gagnon & Ladouceur, 1992).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Проблемы речи, возникающие в раннем детстве, включают в себя трудности в произношении значимых звуков, проблемы с достижением плавности речи, трудности в использовании разговорного языка при общении или понимании того, что говорят другие.
- Большинство детей с расстройством коммуникации обретают нормальную речь в подростковый период. Однако ранние расстройства речи в значительной степени связаны с последующими расстройствами обучения.
- Расстройство языковой экспрессии является расстройством речи, определяемым как несоответствие между восприятием речи и ее выражением.
- Причины расстройств коммуникации включают в себя генетическое влияние и замедленное или патологическое созревание мозга. Ранние инфекции среднего уха (отиты) в некоторых случаях также могут быть причиной подобного расстройства.
- Лечение детей с расстройством коммуникации часто не является необходимым, так как многие болезни проходят сами по себе после поступления ребенка в школу.
- Заикание или несвязность речи свойственны в основном маленьким детям, пик болезни наступает в пятилетнем возрасте. Улучшение обычно происходит, как только ребенок начинает учиться в школе.

РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНЫХ НАВЫКОВ

Люди не понимают, что научить человека читать стоит времени и усилий. Я трудился над этим в течение восьмидесяти лет, и все еще не могу сказать, что преуспел.
Тете (1749–1832)

Что бы мы ни изучали, римскую историю или математику, процесс запоминания требует от нас напряжения и концентрации. Подобно физическим упражнениям некоторые виды умственной деятельности являются сложнее других, особенно для маленьких детей, у которых еще нет развитых школьных навыков и особых успехов в учебе. Родители и учителя порой с удивлением замечают, как ребенок с трудом пытается овладеть тем или иным видом деятельности, например чтением, но у него ничего не получается. Почему? Ответить на этот вопрос поможет интеллектуальный тест (IQ), а также различные специальные тесты, оценивающие способности ребенка в той или иной области знаний.

В том случае, когда достижения в чтении, математике или письме существенно ниже, чем могли бы быть у ребенка данного возраста, у него может быть диагностировано расстройство развития школьных навыков. (На практике «*существенно ниже*» означает, что уровень несоответствия больше двух стандартных отклонений между показателями IQ и полученными результатами теста.) Другими словами, ребенок с расстройством развития школьных навыков достаточно сообразителен, чтобы выучить материал, но на деле оказывается, что он не способен этого сделать.

Рассмотрим случай с девятилетним Джеймсом, который испытывает трудности с чтением.

Джеймс: Яркое свечение точек

Выражение лица девятилетнего мальчика не оставляло сомнений: он не хотел приходить сюда. «Я устаю от разговоров с людьми», — таково было его краткое приветствие. В какой-то момент мне показалось, что он вообще не хочет со мной разговаривать, но, увидев мой компьютер, мальчик слегка оживился. Чтобы Джеймс смог почувствовать себя более комфортно, я предложил ему сыграть в одну-две короткие игры. Явная склонность к играм выявили его энергию и умение решать различные задачи, он обнаружил незаурядные способности, осваивая правила каждой игры и достигая при этом высоких результатов. Во время небольших перерывов мы разговаривали, но мне было ясно, что он предпочел бы сосредоточиться на игре.

За истекший час мы обменялись лишь несколькими фразами. Затем сделали короткий перерыв, и вместе отправились в столовую по-

обедать. Это способствовало налаживанию неформальных отношений между нами. «Почему мой учитель хочет, чтобы я приходил сюда?» — резонно спросил Джеймс. Когда он слушал мои объяснения и отвечал на вопросы, его языковые проблемы исчезали. Его ответы были краткие, простые и быстрые, например:

«Джеймс, расскажи мне о своей любимой истории или о недавно просмотренном фильме».

«Я люблю фильм “Много собак”».

«Что это за фильм, Джеймс?»

«Фильм про собак».

Во время теста Джеймс часто пытался ответить прежде, чем я успевал объяснить ему задание. Он энергично начинал выполнять мои просьбы, но резко останавливался, как только сталкивался с проблемой. Джеймс мог сосредоточиться одновременно только на одном стимуле, поэтому, пропуская ранее сказанные реплики или изначальные инструкции, он терялся, расстраивался и становился несговорчивым. Джеймс изо всех сил старался сделать все хорошо, но я заметил, что это стоило ему огромных усилий. Он заполнил тест WISC-III (Интеллектуальная шкала Векслера для детей — Wechsler Intelligence Scale for Children) менее чем за час, при этом спешил так, словно хотел убежать от собственных ошибок. Показатели его умственных способностей были в пределах нормы, но физические реакции (IQ выполнения = 109) были гораздо лучше, чем речевые способности (вербальный IQ = 78). Было очевидно, что тест «не зафиксировал» его рвения закончить задание, а также сложности в понимании некоторых инструкций.

К моему удивлению, Джеймс был готов перейти к следующему тесту сразу же после короткой перемены, в течение которой он играл в компьютерную игру. Мальчик объяснил это так: «Я соединяю задания вместе, подобно мозаике. Дома я так же делаю машины и самолеты». Чем больше я устраивал ему коротких компьютерных переменок, тем быстрее он стремился пройти материал теста. Некоторые орфографические ошибки выявились сразу же, такие как *сквр* вместо *сквер* и *крг* вместо *круг*. Когда я попросил его написать фразу: «Он закричал, предупреждая об опасности», он написал: «Он зкрчал пре...» Он прочитал фразу: «Посмотри на черную собаку» («see the black dog») как «посмотри на черный пруд» («see the black pond») и «она хочет пройтись по магазину» («she wants a ride to the store») как «она была далеко от магазина» («she was rid of the store»). Казалось, он использует стратегию «догадки» при чтении, основанную на звуках, которые он знает: когда я попросил его написать слово *длинней* (*bigger*), он написал только *ей* (*her*). Однако я заметил, что Джеймс немного оживился, начав описывать картинки, которые я ему показал, и даже удивился своему умению перемещать фигуры на

компьютере, чтобы составить рисунок. Он ушел из моего офиса более оживленным и разговорчивым, чем был вначале, — значит, наше занятие оказалось для него приятным и успешным.

Сравним ситуацию Джеймса с проблемами семилетнего Тима, которому трудно давались математика и чтение.

Тим: Интересная разминка

Когда я впервые увидел Тима, он показался мне крайне замкнутым и безразличным ко всему. Мальчик неотрывно смотрел в пол, всем своим видом говоря: «Оставьте меня в покое или позвольте мне уйти отсюда». Я предложил ему немного рассказать о его семье: «У тебя есть братья и сестры? Что вы любите делать вместе?» Он устал ответил: «У меня есть два брата, мой отец работает целый день, мама играет на пианино. Мы хотим купить лодку». Мне стало ясно, какое настроение и интерес он питает к этой теме. Мой обычный прием — предложение сыграть в компьютерную игру — не сработал: «Я ненавижу компьютеры», — таким был его упреждающий ответ. Я задумался о том, что с ним происходит — депрессия или же он сердит, обижен, расстроен? В чем здесь дело?

Посмотрев на его школьные отметки, я понял, что ему тяжело дается математика и естественные науки, но его речь и манера поведения сказали мне гораздо больше, чем все школьные оценки. Анализ школьных отметок Тима выявил его явную неспособность к обучению, что было подтверждено результатами теста WISC-III. Коэффициент оценки его поведения был ниже среднего уровня (79), а коэффициент вербальных способностей был также ниже среднего уровня (108). Психолог, проводивший тест, деликатно назвал реакцию Тима на тест «пассивной». Судя по отметкам, Тиму очень трудно выполнять задания по рисованию, а особенно по тем предметам, где требуется напрягать память, поэтому его результаты по точным и гуманитарным предметам были значительно хуже, чем у одноклассников.

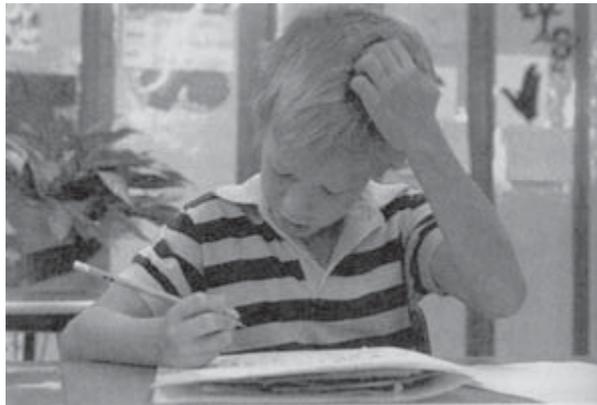
Я достал книгу «Где Вальдо?» и мы стали вместе ее читать. Кроме того, что книга была веселой, поиски Вальдо и его друзей (маленьких фигурок среди сотен фигур и цветов) требовали от Тима терпения и упорства. Сначала Тим заупрямился, но я заметил, что он делает успехи, если использует собственную промежуточную стратегию, чтобы решить задачу. Тим говорил сам с собой, как если бы думал вслух: «Сначала посмотри по краям, затем посмотри ближе и ближе к середине страницы. Поищи красно-белую рубашку Вальдо, присмотри к каждому фрагменту картинки!» Чем сильнее он интересовался игрой, тем больше хотел говорить. Как только он

«разгорячился», на его лице появилась улыбка, и он заметил, что это гораздо «круче», чем математика.

Проблемы Тима лежат в области пространственной ориентации и точного, логического мышления. Результаты проведенных тестов позволяют диагностировать нарушение развития школьных математических навыков. Однако проблемы Тима не шли ни в какое сравнение с его отчаянием и пониженным уровнем самооценки. Такое настроение часто свойственно детям, которые в состоянии понять, что уровень их способностей ниже, чем у сверстников.

Анализируя сильные и слабые стороны Джеймса, можно заметить, что хотя у него и есть проблемы с чтением, другие его способности в значительной мере компенсируют этот недостаток. Он мог легко понять, например, как манипулировать различными предметами. Кроме того, он прекрасно излагал свои мысли на бумаге. Тим также обладал некоторыми лингвистическими способностями, например он мог распознавать слова, «видел» структуру предложения, умел читать. В отличие от Джеймса, у Тима были выявлены нарушения тактильного восприятия, психомоторной деятельности (например при ловле-бросании предметов) и в решении логических задач (таких как математические вычисления или сборка конструктора). Расстройства, подобные расстройствам Джеймса и Тима, могут существенно влиять на любой аспект нормального развития детей, и такие расстройства требуют постоянного наблюдения и запланированного лечения.

Чтобы лучше понять природу разных видов нарушений научения, представьте, что, находясь в незнакомом городе, вы спрашиваете, где находится бензозаправка. Прохожий объясняет: «Сойдите с дороги и поверните направо. Дойдите до второго светофора и поверните налево, затем поищите указатель на Эмтивиль. Это примерно через три мили вниз по дороге. Пройдите мимо кладбища и красного здания школы и идите под железнодорожной эстакадой до 18 шоссе. Когда увидите указатель, поверните направо». Любому будет трудно усвоить такую информацию и затем точно воспроизвести ее по памяти; мы отправляемся в путь, повторяя про себя: «Дойти до светофора, затем налево, пройти кладбище, шоссе, повернуть у школы...» Наш попутчик, прослу-



Детей, страдающих неспособностью к обучению, несложные задания могут сбить с толку и даже расстроить.

шавший ту же информацию, что и мы, может совершенно иначе запомнить дорогу.

Этот пример показывает, что даже самые простые указания, произнесенные вслух, можно легко спутать. Дети и взрослые с расстройствами развития школьных навыков испытывают подобную путаницу повседневно, например, усваивая новую информацию или осмысливая прочитанное. Подобные проблемы психического развития иногда сложно распознать, так как для большинства из нас они кажутся простыми и само собой разумеющимися. Ребенка могут отругать за то, что он не слушает преподавателя, что он невнимателен или же у него «замедленная реакция»; в дальнейшем это может исказить истинную природу проблем обучения. Нарушения развития навыков чтения, счета или письма являются причиной получения более низких оценок, чем у сверстников. Основные характеристики критерия по DSM-IV-TR представлены в табл. 11.2. Для того чтобы классифицировать проблемы поведения как расстройства, они должны в значительной мере подтверждаться результатами учебы или повседневной жизнью. (В настоящее время некоторым детям и взрослым удалось преодолеть трудности в учебе и, следовательно, они не имеют расстройств, несмотря на неудовлетворительные результаты теста.) В конце концов, то или иное расстройство не может рассматриваться как, например расстройство

Таблица 11.2

Основные критерии расстройств развития школьных навыков, приведенные в тексте DSM-IV-TR: расстройства навыков чтения, расстройства навыков счета и расстройства навыков письма* (см. DSM-IV-TR 2000).

А. Навыки чтения / математические способности / навыки письма, по данным индивидуальных тестов, значительно ниже показателей, характерных для человека того же биологического возраста, психического развития и уровня образования.

В. Нарушения, перечисленные в пункте А, крайне отрицательно влияют на успехи в учебе или на активность в повседневной жизни в случаях, когда должны быть использованы именно навыки чтения / навыки счета / навыки письма.

*Поскольку основные критерии идентичны, здесь объединяются три разных расстройства развития школьных навыков, за исключением отдельных сложных случаев заболевания.

слуха или зрения, если эта проблема не выходит за рамки обычных детских трудностей роста.

Поскольку многие аспекты овладения речью, вниманием, навыками чтения, письма и арифметики частично совпадают и обеспечиваются одними и теми же функциями мозга, неудивительно, что ребенок или взрослый может страдать не каким-то одним видом расстройства развития школьных навыков. Напомним, что способность понимать речь (фонологическая осведомленность) развивает умение говорить, а позднее — писать и читать. Даже самый незначительный сбой в функционировании мозга может повлечь за собой различные типы расстройств познавательной деятельности. Эти расстройства, в свою очередь, могут препятствовать развитию основных учебных навыков и в короткое время осложнить ситуацию в школе. Более того, как мы уже видели в случаях Джеймса и Тима, в результате депрессии и апатии может возникнуть целый ряд производных проблем, таких как неуравновешенность или асоциальное поведение.

Нарушенное развитие *моторных навыков* у маленьких детей (обозначенное в тесте DSM-IV-TR как расстройство координации, связанное с развитием), иногда сравнивается с расстройствами развития школьных навыков и коммуникативными расстройствами (Spreen и др., 1995 г.). Указанные задержки в освоении моторных навыков, таких как сидение, плавание и ходьба, а также плохая координация, низкие спортивные достижения и плохой почерк — все это может повлиять на способность ребенка учиться, а также на прогресс дальнейшего развития. Дети со значительными расстройствами избавляются от указанных проблем только в поздний подростковый период.

РАССТРОЙСТВО НАВЫКОВ ЧТЕНИЯ

Роль умения читать в нашем обществе трудно переоценить. Нас повсюду окружают написанные буквы и фразы, и примерно к пяти годам большинство детей уже хотят знать, что они значат. (Используя это естественное детское любопытство для получения прибыли, рекламодатели довольно успешно соединяют легко узнаваемые логотипы с названиями своей продукции или фирмы, и делают это таким образом, чтобы дети могли «читать» быстрее.) Прежде всего, естественный интерес и желание развиваться не выходят за рамки формального обучения чтению. Для большинства детей этот процесс довольно сложен и скучен, а для некоторых он может стать даже мучительным и превратиться в кошмар. Роль родителей здесь особенно важна — детям просто необходимо чувствовать поддержку и одобрение своих действий, как бы эффективны или точны они ни были.

Когда вы решите для себя, с чего начать обучение основам чтения, например с соответствия написания (графемы) и звучания букв (фонемы), не удивляйтесь, если многим детям это покажется достаточно

трудным, и они начнут отставать по разным предметам. Прочитайте следующее предложение: «Я верю, что детская патопсихология — это один из самых увлекательных и важных предметов, которые я изучаю». Обратите внимание, что читая это предложение, вы одновременно:

- сосредоточили внимание на напечатанных буквах и контролировали движение глаз по странице;
- распознали звуки, переданные буквами;
- поняли смысл слов и грамматические конструкции;
- строите мысли и образы;
- сравниваете новую информацию с тем, что уже знаете;
- запоминаете возникшие в голове мысли и ассоциации.

Многие из нас забыли об усилиях, которых требовало чтение, особенно вначале. Неудивительно, что поначалу дети читают с трудом и очень медленно, словно они борются со звуками и со сложными сочетаниями букв. Такой психический процесс требует слаженной работы целой сети нервных клеток, которые соединяют центры зрения, речи и памяти (Neuwirth, 1993). Даже незначительное расстройство в любой из этих областей может стать причиной проблем с чтением. Наиболее характерным примером расстройства навыка чтения, конечно же, является неспособность различать или разделять звуки в услышанных словах. Этот недостаток носит принципиальный характер, так как фонологические навыки лежат в основе чтения.

Многие клинические признаки расстройств навыков чтения очевидны для опытного глаза врача. Некоторые методики-тесты, разработанные учителями или школьными психиатрами, показывают, как дети с расстройством навыков чтения ведут себя в классе. Им часто трудно запомнить написание основных слов, особенно тех, которые иначе произносятся и требуют запоминания, например, таких как *the, who, what, where, was, laugh, said* и так далее. Такие дети выработали свои специфические приемы чтения, а это значит, что им необходимы особые методики обучения. Типичные ошибки, допускаемые детьми при чтении: перестановка (англ. *b/d; p/q*), транспозиция (такие ошибки, как *нос / сон*), замена (*m/w*) и «проглатывание» звуков (читает *крап* вместо *Коран, секция* вместо *селекция*).

Чтобы решить, нужны ли ребенку дополнительные занятия по некоторым предметам, учителя должны выделить разные типы ошибок, которые делает ребенок при чтении вслух. Наряду с толкованием слов осмысленное чтение включает в себя способность ученика пересказать историю или домыслить развитие сюжета. Если средний читатель всецело полагается на слуховые и зрительные возможности для накопления новой информации, то дети с расстройством навыков чтения предпочитают другие способы, например прикосновение или манипуляцию (игру), которые могли бы им помочь в учебе. Данные возможности, если их оценить адекватно, могут быть учтены при составлении особых

учебных методик, основанных, например, на использовании компьютера (М. Henry, 1995).

Типичные нарушения при расстройствах навыков чтения связаны с **расшифровкой** — быстрым разбиением слова на части, для того чтобы прочитать целое слово — что связано с проблемами чтения отдельных коротких слов (Stanovich, 1994). Если ребенок не может определить фонологическую структуру речи и автоматически распознать простые слова, скорее всего, у этого ребенка расстройство навыков чтения (Pennington, 1999). Медленное и затрудненное толкование слов требует от ребенка больших усилий; чем способнее ребенок, тем меньше сил он затрачивает, улавливая смысл параграфа или страницы, а не только отдельного предложения.

Детям с расстройством навыков чтения недостает фундаментальных языковых навыков, необходимых для обучения чтению, понимания прочитанного, грамотного письма.

РАССТРОЙСТВО НАВЫКОВ СЧЕТА

В дошкольный период дети не так охотно овладевают математическими навыками, в отличие от навыков чтения. Однако ситуация быстро меняется, как только они обнаруживают, что считать нужно для того, чтобы узнать, например, сколько денег стоит какая-нибудь игрушка или же сколько дней остается до каникул. Как и при обучении чтению, необходимость узнать что-то новое побуждает детей изучать неизвестные и сложные понятия, и постепенно вновь приобретенные навыки помогают детям лучше узнавать мир.

Для таких детей, как Франсина и Тим, это любопытство к числам омрачено их неспособностью постигать абстрактные понятия, которые необходимы для решения разнообразных математических и логических задач. У Франсины проблемы с арифметикой начались еще до того, как она пошла в школу, и это является типичным случаем. Начав во втором классе изучать математические понятия, что потребовало навыков абстрактного мышления, девочка стала все больше и больше отставать.

В понятие «арифметические навыки» входит множество навыков: распознавание цифр и символов/знаков, запоминание действий (таблица умножения), упорядочивание чисел и владение абстрактными понятиями, такими как «целое» и «часть». Некоторыми из этих навыков, а порой и всеми сразу дети с расстройствами развития навыков счета овладевают с трудом (Neuwith, 1993). В основе критериев DSM-IV-TR для расстройств навыков счета, как разновидности критерия для расстройств развития школьных навыков, лежит предположение о нормальном или выше среднего уровне умственных способностей (IQ), о сохранности сенсорной функции, об адекватной возможности обучения, а также предположение об отсутствии расстройств развития

и эмоциональных нарушений. У детей и взрослых, страдающих расстройством навыков счета, могут возникать проблемы не только в математике, но и в понимании абстрактных понятий, а также снижение показателей пространственных способностей. Эти характеристики принято называть *дискалькулией, связанной с развитием (developmental dyscalculia)*, что означает неспособность правильно считать. В наши дни этот термин, однако, употребляется довольно редко. Типичный пример ошибок у детей с расстройством навыков счета показан на рис. 11.2; здесь видно, что ошибки в счете являются результатом недостаточной ориентации ребенка в пространстве и в выборе направления (правее-левее, верх-низ).

Детям с расстройствами навыков счета обычно трудно дается выполнение арифметических действий и/или их объяснение с использованием названия величин или цифр; нумерация, сравнение и манипулирование предметами; чтение и написание математических символов; владение понятиями и произведение вычислений в уме, а также выполнение вычислительных операций (Lyon, 1996a; H. G. Taylor, 1988). Трудности такого характера означают, что нейropsychологические процессы, лежащие в основе математической аргументации и вычисления, недостаточны или нарушены.

РАССТРОЙСТВО НАВЫКОВ ПИСЬМА

Карлос: Как трудно рисовать

Когда Карлосу было семь лет и он уже заканчивал второй класс, его родители встретились с учителем, для того чтобы обсудить проблемы сына, связанные с письмом. И хотя в целом учебный год прошел хорошо, родители были готовы к плохим новостям. Улыбаясь и посматривая в свои записи, учитель Карлоса привел примеры того, как мальчик постепенно смог научиться воспроизводить некоторые буквы, не входившие в программу обучения в этом году. Но то, что увидели родители, не требовало объяснений: нарисованные им геометрические фигуры были кривые, словно их нарисовал не он, а его трехлет-

$$\begin{array}{r} 562.04 \\ - 5.30 \\ \hline 5634 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 75 \\ + 8 \\ \hline 163 \end{array}$$

Рис. 11.2. Ошибки в арифметических вычислениях десятилетней девочки с математическим расстройством навыков счета (H. G. Taylor, 1988).

ня сестра. Заметив реакцию родителей, учитель объяснил: «У Карлоса не все в порядке с двигательными навыками при рисовании, складывании картинок из мозаики и при выполнении аналогичных заданий. Он слишком торопится, забывает об аккуратности и не смотрит на образец. Он с неохотой делает письменные задания. Было бы хорошо, если бы Карлоса протестировал психолог; в будущем году новый учитель сможет улучшить его письмо с помощью некоторых дополнительных упражнений».

Во время первого занятия Карлос сразу же заинтересовался нашими компьютерными играми, он с удовольствием рисовал фигуры с помощью мышки, так как это было легко и удобно. Однако когда я попросил его воспользоваться карандашом и бумагой, оказалось, что это для него совсем не просто. Мы распечатали на бумаге ранее нарисованные им на компьютере фигуры и попросили нарисовать их карандашом. Карлос выполнял это задание той рукой, которой было удобно. Он написал некоторые буквы, развернув их в другую сторону (b/d,p/q), и очень сильно давил на карандаш, пытаясь скопировать или нарисовать фигуры. Выполняя упражнение, он постоянно разговаривал и задавал так много вопросов, что было непонятно, кто кого тестирует.

Нейропсихологический тест показал, что у Карлоса агнозия пальцев, особенно на левой руке (когда его руки были за спиной, он не мог определить, какой именно палец я трогал). Карлосу было очень трудно скопировать треугольник, круг и квадрат с образца, который ему показали (рис. 11.3). Согласно тесту WISC-III, он получил оценку ниже средней (91), а его вербальный интеллект был выше среднего (117). При выполнении дополнительных заданий особые затруднения вызвало, например, составление различных предметов из кубиков и мозаики. Еще труднее ему было выполнять вербальный промежуточный IQ-тест, который требовал сосредоточенности и внимания и включал в себя математические задачи и задания на цифровой диапазон. В процессе тестирования мы заметили, что Карлос был импульсивен и иногда вел себя довольно вызывающе. Когда ему не хотелось, он просто отказывался что-либо делать. Подобные выводы сделали и его родители, расстроенные инфантильностью сына и его крайне вызывающим поведением дома.

Карлос страдал расстройством развития школьных навыков, связанных с письмом. Он обладал развитыми речевыми и аналитическими способностями, его навыки решения задач были нормальными для его возраста. И только его визуально-моторные навыки были значительно слабее, о чем свидетельствовало то, как он пишет, копирует и перемещает рисунки. Подобно чтению и математике, навыки

письма обеспечиваются несколькими связанными друг с другом областями мозга, которые являются ответственными за словарный запас, грамматику, движения руки и память.

У детей с расстройством навыков письма часто возникают проблемы при выполнении заданий, требующих согласованного взаимодействия глаз и руки, хотя в целом у таких детей нормально развиты двигательные функции. Учителя отмечают, что по сравнению с детьми, которые обладают нормальными навыками письма, дети с нарушениями пишут более короткие, менее интересные и бедные по содержанию сочинения, и при этом они вряд ли уделяют должное внимание орфографии, пунктуации и грамматике, стремясь сделать свои сочинения более понятными (Ноорег и др., 1994). Орфографические ошибки или плохой почерк, если, конечно, это не препятствует повседневной деятельности или же учебным занятиям, еще не дают основания ставить ребенку диагноз. Кроме того, проблемы, связанные с письмом, сигнализируют о возможности наличия еще и других расстройств развития школьных навыков, поскольку нарушены основные когнитивные процессы: планирование, самоконтроль, самооценка и самосовершенствование (Wong, 1992).

Расстройства способности писать менее изучены, чем другие расстройства развития школьных навыков. Как правило, эти расстройства обычно встречаются в сочетании с расстройствами развития навыков чтения или математики, в основе которых — нарушения в языковом и нейропсихологическом развитии.

Распространенность и течение

Расстройствами развития школьных навыков страдают до 10% от общего числа населения, в зави-



Рис. 11.3. Сверху: Рисунки Карлоса, которого попросили срисовать треугольник, круг и квадрат. Внизу: Пример треугольника, круга и квадрата, нарисованные нормально развитым семилетним мальчиком.

симости от того, о каких именно расстройствах идет речь. (APA, 2000). Это означает, что примерно 5% учеников в общественных школах США поставлен диагноз расстройство развития школьных навыков (Lyon, 1996a). Чаще всего это относится к расстройствам навыков чтения, так как они наиболее характерны и имеют много общего с расстройствами навыков счета и письма. Вероятнее всего, однако, что эти данные не совсем верны, так как получены в результате выборочных исследований.

Трудности с чтением не существуют изолированно сами по себе, они являются, вероятно, составной частью некой совокупности способностей, в том числе и к чтению (S. E. Shaywitz, Escobar, Shaywitz, Fletcher & Makuch, 1992). И если большинство оценок основывать на совокупности проблем чтения, а не на диагностической категории, расстройствами навыков чтения страдают, по меньшей мере, 10 миллионов американских детей, или примерно каждый пятый (S. E. Shaywitz и др., 1992).

Статистические данные о расстройствах, связанных со счетом и письмом, чаще всего очень приблизительны, поскольку являются результатом отдельных исследований и не могут отражать всей картины в целом. Кроме того, мы обнаружили в этих данных явное несоответствие. Клинические исследования показали, что на расстройства навыков счета приходится примерно $\frac{1}{5}$ часть от всех детей с расстройствами развития школьных навыков, это значит, что около 1% детей школьного возраста имеют этот диагноз (APA, 2000). Однако если показатели оценивать на основании результатов теста, то, по всей видимости, в это число будут включены около 6% детей школьного возраста (Lyon, 1996a). Как и расстройства навыков чтения, расстройства навыков счета обычно проявляются в течение второго или третьего учебного года, в период начала обучения основам математики. Следовательно, статистика, основанная исключительно на диагнозах, может быть неточной.

Наконец, считается, что расстройства навыков письма встречаются редко, *если они не сопровождаются другими расстройствами развития школьных навыков* (APA, 2000). Однако данный высокий показатель расстройств речевого развития среди всего населения (от 8 до 15%) и достаточно высокий показатель расстройств навыков чтения, отмеченный ранее, а также расстройства письменной речи, вероятно, касаются, по меньшей мере, 10% от числа всех детей школьного возраста (Lyon, 1996a). Ввиду высокой коморбидности расстройств навыков письма и счета могут быть объяснены, скорее, как связанные между собой особенности глобальных проблем обучения, а не как отдельные нарушения (Lyon, 1996a).

Культурные, социальные и гендерные различия. Представляется, что социальные и культурные факторы в меньшей степени влияют на возникновение расстройств развития школьных навыков, чем на другие типы когнитивных проблем и проблем поведения; согласно диагностическому критерию, они

вообще не могут быть причислены к таким факторам. Тем не менее некоторые культурные и расовые особенности могут влиять на характер диагностики и лечение детей с расстройствами развития школьных навыков.

Развитие речи сильно зависит от контекста (E. Vates, 1993), поэтому необходимо решить, каким образом культурные и этнические различия домашнего уклада могут влиять на особое развитие речи ребенка. Ф. Б. Вуд и другие (1991) провели интересное исследование, которое позволяет проиллюстрировать тот факт, что ошибки в области фонологии случаются чаще среди населения, говорящего на ненормативном английском языке. Произвольно они выбрали 485 детей белых американцев (55%) и афро-американцев (45%) с первого по третий класс. Было установлено, что хотя афро-американские дети в начале первого года читают так же, как и белые, к третьему году обучения в их чтении обнаруживаются отклонения, которые к пятому классу приобретают серьезный характер.

Как уже говорилось ранее, многие детские расстройства — есть результат *взаимодействия* между способностями, которые заложены в детях, и возможностями, которые предоставляет им окружающая среда. В случае обучения чтению некоторые учебные методики не придают особого значения специфическому звукобуквенному соотношению, присущему афро-американскому детскому диалекту (F. V. Wood и др., 1991). Пристальное внимание к подобным различиям может привести к улучшению образовательных возможностей.

Внимание к культурным и этническим вопросам, связанным с расстройствами развития школьных навыков, является сравнительно новым подходом, хотя у исследований расовых различий имеется долгая и спорная история. Мужчинам чаще ставят диагноз расстройство развития школьных навыков, чем женщинам, учитывая 60–80% детей с таким диагнозом (APA 2000). Что касается коммуникативных расстройств, повод для обращения за помощью может быть искажен тем обстоятельством, что мальчики и девочки в настоящее время имеют довольно сходные по характеру проблемы навыков чтения. Поэтому неудивительно, что школы обращаются за помощью для мальчиков в 4 раза чаще, чем для девочек, главным образом потому, что для мальчиков более свойственны проблемы с поведением. Девочки с проблемами развития школьных навыков чаще характеризуются как спокойные и неконфликтные, и их заблуждение может остаться незамеченным, если учителя и родители недостаточно наблюдательны.

Развитие. Дети с расстройствами развития школьных навыков часто не знают, каким образом и почему они не похожи на других, но зато им известно, каково это — быть не такими, как остальные дети в классе. Они слышат, как их называют «медлительными», «непохожими» и «отсталыми», они могут соотнести это, скорее, именно со своими слабостями, а не с сильными сторонами. Эти ежедневные испытания могут стать причиной того, что некоторые дети будут всячески притворяться, либо замыкать-

ся в себе или же становиться сердитыми и неуступчивыми. Подобно Джеймсу они могут прекратить попытки учиться. Подобно Франсине они могут уединяться и ограничить свое участие в занятиях, которые доставляют радость их сверстникам.

Чего можно ожидать от Франсины, Джеймса, Тима и Карлоса во время их учебы в школе? Как теперь известно, около $\frac{3}{4}$ от всех детей с диагнозом расстройства навыков чтения в начальной школе все еще имеют значительные проблемы с чтением в старших классах (Beitchman и др., 1996; J. M. Fletcher, Francis, Rourke, Shaywitz & Shaywitz, 1993). Поэтому планирование и целевая направленность занятий являются краеугольным камнем работы с детьми как дома, так и в школе (D. H. Francis et al., 1994).

Являются ли длительные проблемы прямым и неизбежным следствием неспособности или неудачи при попытке вовремя выявить проблему развития школьных навыков, чтобы повлиять на ее разрешение? Необходимое сравнение коэффициента IQ и показателей развития может препятствовать ранней идентификации нарушения, потому что оценка способностей часто не определяется до того момента, пока ребенок не попытается читать и не потерпит неудачу, что обычно случается к третьему году обучения. К этому времени успехи ребенка могут быть еще незначительными, для того чтобы учесть эти влияния, но у ребенка, который не мог читать в течение двух-трех лет, как следствие, могут развиваться другие отклонения (Lyon, 1996a).

И более того, не очень важны результаты тестов, чтобы делать выводы о расстройстве навыков чтения, если исследователи находят мало различий между «читающими» с отклонениями от нормы и «читающими» без отклонений в широком диапазоне факторов, таких как восприятие и интерпретация событий, генетические переменные, нейрофизиологические реакции и т. д. (J. M. Fletcher et al., 1994; Vellutino, Scanlon & Lyon, 2000). Следует, однако, иметь в виду недостатки этого подхода в тех случаях, когда необходимо определить, насколько ребенку показаны те или иные виды помощи.

Дети и подростки с расстройствами навыков чтения чаще, чем их сверстники сталкиваются с проблемами внутреннего характера, такими как депрессия и низкая самооценка, и им чаще бывают присущи такие особенности поведения, как гиперактивность и упрямство (Boetsch, Green & Pennington, 1996; Prior, Smart, Sanson & Oberklaid, 1999). Диапазон и характер проблем у детей разного возраста в основном один и тот же. Поэтому проблемы, свойственные детям разных возрастных групп и подросткам с расстройством развития школьных навыков, рассматриваются без деления по возрастному принципу, за исключением случаев, когда такие различия отмечаются специально.

Психологическая и социальная адаптация. Учащиеся с расстройством навыков чтения чувствуют со стороны родителей, учителей и сверстников меньшую поддержку, чем учащиеся, которые не имеют трудностей с чтением. У них чаще бывает низкая

самооценка, им кажется, что они вообще никогда и ничему не смогут научиться (Boetsch et al., 1996). Неудивительно, что подростки с расстройством навыков чтения чаще оказываются вне школы (почти 40%, это примерно в 1,5 раза выше среднего показателя) (APA, 2000).

Исследование связи между расстройством развития школьных навыков и поведенческими/эмоциональными нарушениями представлялось ученым очень перспективным, однако выводы, которые они смогли сделать, были весьма осторожны. Здравый смысл говорит, что дети с нарушениями сталкиваются с серьезными трудностями, которые, вероятно, должны отрицательно сказываться на их самооценке, а со временем и на социальных связях. Однако самооценка детей, которая касается таких областей жизни, как спорт или внешний вид, затрагивается в этом плане гораздо меньше (Renick & Harter, 1989).

Родители и преподаватели, описывая детей с расстройством развития школьных навыков, обращают внимание на то, что уже с раннего возраста они более «трудные», чем обычные дети. Хотя почти у всех ребят, которые вышли из младшего возраста, но еще не совсем повзрослели, проблем становится больше (Achenbach, Howell, Quay & Conners, 1991). Проблемы с поведением у детей с расстройством развития школьных навыков отмечаются примерно в 3 раза чаще, чем обычно бывает у детей восьми лет (Benasich et al., 1993) (рис. 11.4). Многие из этих проблем характерны не только для детей с расстройством развития школьных навыков, они так же могут быть связаны с широким диапазоном нарушений, совпадая на 10–25% с поведенческим расстройством, демонстративно-оппозиционным расстройством, синдромом гиперактивности и дефицита внимания, а также с тяжелым депрессивным состоянием, и не зависят от возраста (APA, 2000).

Сочетание этих проблем обычно трактуется как индивидуальные реакции или как защитный стиль поведения в ответ на какую-то неудачу или фрустрирующие обстоятельства, а в некоторых случаях как «самонаказание» или потребность во внимании «от противного». Трудно сказать, что здесь первично: проблемы поведения могут предшествовать проблемам обучения, могут возникнуть позднее, а могут проявляться одновременно (Spreen et al., 1995). Одним из объяснений того факта, что проблем, связанных с поведением, становится явно больше, когда дети с расстройством развития школьных навыков идут в начальную школу, является задержка их интеллектуального развития (Tallal et al., 1991), которая создает дополнительные трудности в учебе и в социальных контактах.

На основании обзора свыше 150 исследований (Kavale & Forno, 1996), можно сделать вывод, что примерно в 3 случаях из 4 учащиеся с расстройством развития школьных навыков имеют значительные нарушения в социальных отношениях. В целом эти учащиеся оказываются в большей социальной изоляции, чем другие дети, пользуются меньшей популярностью среди сверстников и, как правило, производят на них неприятное впечатление (Vallance,

Cunning & Humphries, 1998). Так же, как Франсине, по описанию ее матери, «лишенной чувства юмора и туповатой», большинству детей с подобным расстройством трудно понять все нюансы социального взаимодействия, и они могут не знать, как нужно здороваться с другими детьми, как можно найти друзей или как присоединиться к играм на детской площадке. Такие дети могут не заметить или проигнорировать тонкие намеки в речи других ребят. Они не всегда адекватно понимают и не умеют правильно откликнуться на невербальные выразительные знаки-сообщения других детей, например вращения глазами, когда они хотят показать, что им что-то не нравится или совершенно не интересно. Когда дети с расстройством развития школьных навыков неверно оценивают ситуацию и их действия не соответствуют обстоятельствам, другие дети отворачиваются от них и не хотят с ними общаться.

Ребенок с расстройством развития школьных навыков может превратиться в причину эмоциональной напряженности для членов семьи. У родителей при этом могут возникать самые разные эмоции, включая желание отгородиться от неприятности, ощущение собственной вины, обвинения в адрес ребенка, разочарование, гнев и отчаяние. Братья и сестры часто проявляют свое неудовольствие, они раздражаются и ревнуют, видя, как много внимания уделяется их брату или сестре. Проблемы поведения обычно связаны с деструктивными тенденциями и поэтому отчаяние ребенка и его эмоциональные потребности можно легко проглядеть. Действительно, родители часто больше знают о поведении детей и их поступках, чем об их чувствах, печали и сомнениях (Boetsch et al., Lardieri, Blacher & Swanson, 2000).

Последствия расстройств развития школьных навыков у взрослых. К сожалению социальные и эмоциональные трудности, связанные с коммуникативными расстройствами и расстройствами развития школьных навыков, могут иметь продолжение и на поздних этапах взросления, в основном из-за не-

Проблемы поведения у детей с обычным развитием	→	2%	9%
Проблемы поведения у детей с расстройством развития школьных навыков	→	11%	32%



Рис. 11.4. Процентное выражение клинически значимых проблем поведения у детей с расстройством развития школьных навыков и у обычных детей в возрасте 4 и 8 лет (данные взяты из Benasich et al., 1993).

своевременного распознавания проблемы или невнимания к ней (Lyон, 1996а). Взрослые могут найти разные способы скрывать от окружающих свои проблемы — например предпочесть *смотреть* новости по телевизору, а не *читать* газеты. С другой стороны, многие добиваются успеха в областях, которые не входят в школьные программы, такие как сочинение музыки, балльные танцы или спорт, многие могут стать выдающимися архитекторами и инженерами, а у других могут проявиться неординарные способности в межличностном общении (Neuwirth, 1993). У каждого ребенка или подростка есть свои сильные стороны, качества, которые можно развить, чтобы компенсировать имеющиеся недостатки. Таким образом, многие люди, несмотря на то что в детстве они плохо учились и страдали от психологических проблем, став взрослыми, ведут вполне успешную и продуктивную жизнь (Werner, 1993).

Мужчины с расстройством навыков чтения не отличаются от своих однополых сверстников в общей самооценке, в симптомах депрессии, а если таковые появились, то в ощущении своей компетентности и удовлетворенности работой, в брачных и других отношениях с людьми, а также в частоте проявлений случаев асоциального поведения (Boetsch et al., 1996). Однако мужчины по-прежнему в меньшей степени чувствуют социальную поддержку со стороны родителей и родственников — единственных оставшихся в их жизни людей, которые знают и помнят об их детских проблемах, что подтверждает неистребимость впечатлений раннего детства.

Один взрослый мужчина так описывает свой способ компенсации проблем образования:

Я притворялся все школьные годы, потому что был весьма сообразительным мальчиком. Больше всего на свете я боялся, что кто-нибудь может узнать о моих недостатках. Сам я судил о себе по своим поражениям... У меня всегда была низкая самооценка... Когда я учился в школе, мое самолюбие страдало потому, что я не мог написать стихотворение или рассказ... Я не умел писать ни ручкой, ни карандашом. Компьютер полностью изменил мою жизнь. Я все делаю на моем компьютере. Он заменяет мне память. Я пользуюсь им, чтобы строить свою жизнь, потому что сам я всегда писал очень плохо (Polloway, Schewel & Patton, 1992, стр. 521).

В целом долговременный прогноз для мужчин с расстройством развития школьных навыков положителен. Однако если мы обратимся к вопросу о том, как складывается жизнь взрослых женщин с подобным расстройством, то обнаружим тревожную тенденцию. Можно уверенно сказать, что у многих женщин, которые окончили школу и столкнулись с требованиями взрослой жизни, возникает больше проблем с адаптацией, чем это случается в аналогичной ситуации у мужчин. В отношениях с людьми у женщин чаще возникают трудности и чаще бывают разрывы супружес-

ких отношений, что свидетельствует об их сохраняющейся уязвимости (Bruck, 1998) и о том, что у этих женщин сравнительно мало возможностей приложить свои усилия в тех областях, где могли бы проявиться их сильные стороны. Расстройства навыков чтения приводят к тому, что женщины не в состоянии получить хорошую специальность, и поэтому могут рассчитывать только на неквалифицированную и плохо оплачиваемую работу. Женщины, которым не хватает необходимых навыков для конкуренции и возможностей выбора карьеры из-за того, что в школе они учились с трудом и были на плохом счету, как правило, рано начинают интимную жизнь и при этом чаще всего не имеют никакой поддержки от своих партнеров (Maughan & Hagell, 1996). Перед юношами, наоборот, после окончания школы открывается более широкий выбор профессионального приложения сил, что позволяет им вести нормальную социальную жизнь. Таким образом, можно сделать заключение, что если люди с расстройством развития школьных навыков, став взрослыми, могут сами выбирать свое окружение (а у женщин в этом плане больше препятствий), они оказываются в состоянии строить жизнь, используя свои сильные стороны, умения и таланты (Maughan & Hagell, 1996).

Можно утверждать, что, если ко времени окончания школы расстройство не исчезло, люди, которые получили необходимые навыки образования, имеют замечательную возможность учиться всю жизнь. Врезка 11.3 описывает некоторые возможности, которые помогают адаптироваться к нормальной жизни и гибко решать возникающие проблемы. Взрослые тоже могут научиться читать, хотя это бывает трудно из-за отставания в умственном развитии. Современные достижения в изучении случаев расстройства развития школьных навыков и его ранних признаков, видимо, могут внести положительный вклад в решение проблемы раннего распознавания отклонений и подбора необходимых методов обучения. Электрофизиологические измерения реакций мозга могут дать

возможность поставить диагноз на основе фиксации нарушений течения фонологического процесса, а не исходя из поступков ребенка (Kraus et al., 1996). Таким образом, ранний диагноз и необходимое вмешательство могут помочь предотвратить долговременные последствия имеющихся нарушений.

Случаи

Если в доме ограничен доступ к материалам для чтения: нет ни книг, ни журналов — это может препятствовать возникновению у ребенка интереса к приобретению основных навыков чтения. Этому могут способствовать также «формальные» методы преподавания или оборудование классных комнат, в которых ученику трудно сосредоточиться. Однако в 5–10% случаев трудности с учебной (как зафиксированная проблема) имеют неврологические корни (C. Frith & Frith, 1996). Врожденными могут быть функциональные нарушения в некоторых областях мозга, что само по себе или в сочетании с другими приводит к тому, что ребенок плохо различает звуки и символы, и его мозг имеет ограниченную способность правильно и быстро обрабатывать поступающую информацию. Большая часть расстройств развития школьных навыков происходит не только из-за нарушений в какой-то одной области мозга, а из-за трудности собрать информацию от разных областей мозга в «зонах конвергенции», где информация интерпретируется и понимается (Damasio, Gabowski, Tranel, Hichwa & Damasio, 1996). Мельчайшие нарушения работы мозга могут лежать в основе расстройства фонологической обработки. Новые данные позволяют сделать вывод, что во многих случаях эти минимальные нарушения проявляются очень рано, возможно, еще до рождения ребенка (Miller & Tallal, 1995).

Генетические и конституциональные факторы.

Есть большая вероятность, что дети, у которых не хватает навыков, необходимых для чтения таких, например, как способность различить в словах от-

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 11.3

Факторы, помогающие проявлять гибкость и адаптацию

Некоторые личностные черты и обстоятельства могут помочь людям с расстройствами развития школьных навыков успешно адаптироваться к взрослой жизни, выйдя из подросткового возраста. В исследовании Е. Вернер (E. Werner) проводилось долгосрочное наблюдение за детьми, родившимися в 1955 году на острове Кауаи (Гавайи). Под наблюдением находились 22 ребенка с нарушениями способности к обучению и 22 ребенка контрольной группы. Оказалось, что большинство детей с нарушениями успешно адаптировались к взрослой жизни. Люди, проявившие способность к гибкому решению возникающих с течением времени проблем, имели: (1) основные черты характера, которые способствовали благожелательному отношению окружающих людей; (2) уверенность в собственных силах и возможностях, а также самоуважение — то, что помогает строить жизнь; (3) достаточно компетентных взрослых, которые были рядом, оказывая помощь и необходимую поддержку; и (4) возможность получить второй шанс в случае, если они совершили ошибку или нарушили закон. Некоторые из названных особенностей и характеристик присутствуют с самого рождения (например: некоторые свойства характера, темперамент), многие другие факторы, помогающие в жизни, могут проявиться в более выраженной форме благодаря усилиям членов семьи, школы и окружающих людей.

Источник: основано на исследованиях Вернер, 1993.

дельные звуки, имеют одного из родителей с похожим нарушением. В конце XIX века эта проблема широко изучалась врачами, которые считали расстройство навыков чтения врожденными и называли их *врожденной слепотой к слову* (W. P. Morgan, 1896). В настоящее время результаты генетических исследований показывают, что наследственность «виновата» более чем в 60% всех видов нарушений навыков чтения (Muir, 2000), хотя каким именно образом происходит подобная передача, еще не совсем ясно (Spreeen et al., 1995).

Исследователи уделяют особое внимание проблеме генетической передачи особенностей протекания мозговых процессов, которые лежат в основе фонетической обработки (Pennington, 1999). Поскольку расстройство развития школьных навыков одного из родителей может приобрести у ребенка несколько другую форму — у отца может быть расстройство навыков письма, а у его ребенка ярко выраженное расстройство развития речи — представляется маловероятным, чтобы характерные типы расстройств развития школьных навыков непосредственно передавались по наследству. Более вероятно, что наследуется какая-то легкая дисфункция мозга, что, в свою очередь, приводит к подобному расстройству (Castles, Datta, Gayan & Olson, 1999). Например область мозга, которая идентифицируется с 6 хромосомой, связана с проблемами расстройства навыков чтения (Cavan & Olson, 1999). Генетическая трансмиссия дает возможность правдоподобного объяснения высокого уровня — 35–45% случаев расстройств развития школьных навыков, касающихся чтения — в семьях, где кто-то из родителей имеет подобную проблему.

Это значительно выше, чем средний уровень 5–10%.

Нейрофизиологические факторы. Наше понимание природы расстройств развития школьных навыков, особенно проблем, связанных с чтением и языком, стало несколько иным в середине 1980-х после открытия, которое установило, что в левом полушарии мозга (языковые центры) у людей с данными проблемами имеются аномалии на клеточном уровне (Gallaburda, Sherman, Rosen & Geschwind, 1985). Такие клеточные аномалии могут появиться только с 5-го по 6-й месяц внутриутробного развития. Этот факт способствовал укреплению мнения, что расстройства происходят в результате минимальных мозговых дисфункций, имеющих место уже при рождении ребенка (Lyoo, 1996). Мнение подтвердилось как данными вскрытий, так и результатами использования современной технологии визуализации функционирования мозга, которая сделала возможным «видеть» мозг непосредственно за работой и обнаруживать минимальные мозговые дисфункции, которые до этого оставались незамеченными.

Имеющие генетическую основу мозговые дисфункции могут влиять и на способность различать зрительные и слуховые стимулы, и на более общие зрительно-организационные нарушения способности

аргументировать, и на математические способности (Hynd & Semrud-Clikeman, 1989). Вероятная локализация названных нарушений находится в структуре *planum-temporale*, участке мозга, который находится в обоих полушариях и отвечает за речь. При нормальном функционировании мозга левая часть *planum-temporale* обычно шире, чем правая; однако в мозге индивида с расстройством навыков чтения обе части имеют одинаковую величину (Hynd, Marshall & Gonzalez, 1991). Эти открытия ведут к развитию новых многообещающих методов обучения детей альтернативным моделям различения звуков.

Мы уже обращали внимание читателей этой книги на то, что большинство детей с расстройством навыков чтения и расстройством навыков письма имеют трудности в различении фонем при быстрой речи. Но почему это так? Обратимся к рис. 11.5. Звук воспринимается различными участками мозга, он переносится нервным импульсом от уха к таламусу, к нервным клеткам в слуховой зоне коры головного мозга, где он сравнивается с уже имеющимися образцами, слуховыми эталонами.

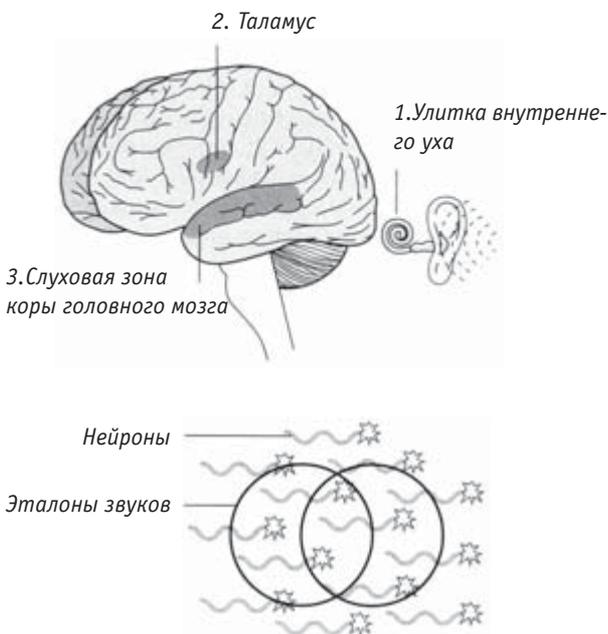
Сравните этот процесс с прослушиванием музыки. Когда вы впервые слышите новую песню, различаете ли вы какие-то ее особенности, напоминающие вам песни этой или какой-то другой музыкальной группы? Можете ли вы отличить музыку одной группы от другой? Когда мы слушаем, мы стремимся различить звуки на разные категории, приобретая свой вкус к музыке по мере того, как в нашей памяти сохраняется все больше мелодий и собраний звуков. Каждый раз, когда мы слышим новую мелодию, мы сравниваем ее с уже знакомой музыкой, с тем, что нам нравилось. Молодые люди особенно быстро воспринимают новую музыку, расширяя таким образом свои предпочтения. И наоборот, люди, уже сформировавшие свои вкусы, обычно придерживаются привычных мелодий, отвергая все незнакомые созвучия. Этот «пробел» в музыкальных пристрастиях аналогичен пробелу в способности детей с расстройством развития школьных навыков воспринимать звуки.

Каждый нейрон в участках мозга, из тех которые занимаются обработкой языковых единиц, имеет точную спецификацию. Некоторые нейроны включаются, когда мы мысленно называем тот или иной объект, но не тогда, когда мы читаем вслух название объекта, и наоборот. Отдельные нейроны активизируются, когда двуязычные люди говорят на одном языке, но не тогда, когда они говорят на другом (Ojemann, 1991). Некоторые люди все понимают, но не в состоянии выразить мысли словами, поскольку нейроны активны, когда человек слышит, и неактивны, когда он говорит.

В зрительной системе восприятие формы, цвета и движения имеет корни в различных частях зрительной зоны коры головного мозга. Когда что-то движется в поле нашего зрения, участок коры головного мозга, отвечающий за восприятие движения, — обозначенный «V5» — начинает активизироваться. Ученые обнаружили (Eden et al., 1996), что у взрослых людей с расстройством навыков чтения не отмечается актива-

ция в этой зоне V5, когда им предлагают смотреть на беспорядочно движущиеся точки. Исследователи предположили, что дефект V5 в восприятии движения может быть показателем более обширного нарушения (С. Frith & Frith, 1996). Следует учитывать, что, для того чтобы чувствовать различия между согласными звуками — такими как «б» и «т» — мы должны быть способны различать очень быстрые изменения звуковой частоты. Мельчайшие неврологические нарушения чувствительности могут препятствовать способности к различению, и это затем выявляется клинически как проблемы фонологической обработки и чтения (Keen & Lovegrove, 2000).

Таким образом, физиологической основой расстройства навыков чтения представляются два главных факта: (1) языковые проблемы людей тесно связаны с неврологической обработкой фонем и (2) поведенческие и физиологические аномалии обнаруживаются в процессе обработки зрительной информации. Поэтому неудивительно, что проблемы фонологической и зрительной обработки часто сочетаются с проблемами расстройства навыков чтения (Eden et al., 1996).



Почему дети со слабым развитием речи путают звуки? Когда мы слышим разговорную речь и слышим что-то не один раз, нейроны мозга формируют образцы или звуковые эталоны, которые ассоциируются с определенными звуками. Когда у детей возникают трудности с различением быстро произнесенных акустических знаков, таких как согласные в слогах «га» и «да», в различении звуковых эталонов может начаться путаница. Некоторые ученые считают, что этот процесс может быть ключом к пониманию расстройства развития речи.

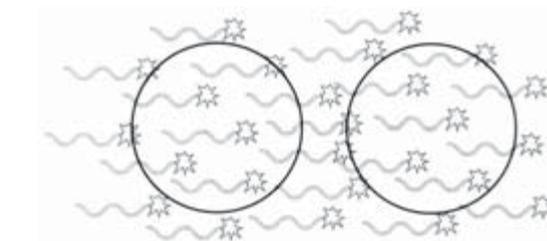
Рис. 11.5. Как мозг обрабатывает речь (Time, January 29, 1996).

Изучение случаев расстройства развития школьных навыков может касаться детей с нарушениями навыков чтения, но эти же данные относятся также к нарушениям навыков письма и счета. У многих — но не у всех — учащихся с расстройством навыков письма обнаруживаются также и расстройства навыков чтения (Lyon, 1996 a), а для того чтобы усвоить некоторые математические понятия требуются не только «математические навыки», но также умение читать и писать. Однако кроме этих расстройств, связанных с использованием речи, есть еще и различные расстройства невербального научения (J. E. Casey, Rourke & Pickard, 1991; Rourke, 1993).

Расстройства невербального научения. Эти расстройства, связанные с функционированием правого полушария мозга, характерны для детей, которые значительно хуже успевают по математике, чем по чтению. Эти расстройства включают в себя нарушение социальных навыков, пространственной ориентации, решения задач и понимания невербальных знаков, таких как язык тела. Расстройства невербального научения сводятся не только к расстрой-

Обнаружение смысла произносимых слов

1. Звук, подобный звуковому слогу «га», попадает в ухо и посылается в виде нервных импульсов в мозг.
2. Таламус обрабатывает поступившие сигналы и посылает их в слуховую зону коры головного мозга.
3. Нервные клетки слуховой зоны коры головного мозга сравнивают поступившие сигналы с уже имеющимися образцами.



Можно ли переобучить мозг?

Исследователи, работающие в Рутгерсе и в Калифорнийском университете в Сан-Франциско, обнаружили, что при обучении детей различать звуки, которые произносятся медленно и акцентированно, их мозг формирует новый запас звуковых эталонов. Ученые высказали предположение, что эти новые звуковые запасы могут расширяться и не путаться. В результате дети учатся различать слоги «га» и «да» в обычной речи.

ствам навыков счета, они могут сопровождаться нейрорепсихологическими проблемами, такими как плохая координация, неумение правильно оценивать происходящее, а также трудности в восприятии новых и сложных ситуаций (Cornoldi, Rigoni, Tressoldi & Vio, 1999; Lyon, 1996 a).

Вспомним, что Франсина хорошо узнавала слова и произносила их, но у нее были значительно хуже развиты арифметические навыки. Известно, что расстройства навыков счета и, возможно, расстройства навыков письма связаны с нарушениями мозга, которые отличаются от нарушений, связанных с расстройствами развития речи. Поиск причин возникновения расстройства невербального научения фокусируется на ранних неврологических заблуждениях и дефектах развития, в результате которых ухудшается функционирование мозга.

Врожденный алкогольный синдром, инсулинозависимый диабет, аутизм, последствия лучевой терапии (при лечении различных форм рака) и некоторые врожденные болезни, а также заболевания раннего детства и травмы связанные с расстройством невербального научения (Rourke & Del Dotto, 1994). Общим для всех этих заболеваний и травм, которые в конце концов приводят к данному расстройству, является то, что они ухудшают развитие и функционирование мозга.

Социальные и психологические факторы. Расстройство развития школьных навыков часто сопровождается эмоциональной тревожностью и другими признаками недостаточных адаптивных способностей. Возможно, это происходит потому, что в их основе лежат одни и те же причины. Можно говорить о частичном (до 20%) совпадении данного расстройства с синдромом гиперактивности или с расстройством поведения (Hinshaw, 1992a), что намного ниже, чем считалось раньше. Эта степень совпадения нарушений дает возможность предположить, что, хотя проблемы поведения и обучения имеют некоторые общие аспекты, это, тем не менее, отчетливо выраженные отдельные расстройства (Lyon, 1996a). Расстройство навыков чтения обычно ассоциируется с недостатками фонологической осведомленности, в то время как синдром гиперактивности влияет на когнитивное функционирование, связанное с вербальным заучиванием и памятью. И более того, синдром гиперактивности прямо не соотносится с фонологической осведомленностью (F. V. Wood et al., 1991). Однако у некоторых детей с расстройством развития школьных навыков появляются симптомы, напоминающие синдром гиперактивности, т. е. невнимательность, неусидчивость и сверхподвижность (Boetsch et al., 1996; Purvis & Tannock, 2000; Tirosch, Berger, Cohen-Ophir, Davidovich & Cohen, 1998).

На рис. 11.6 показаны возможные варианты связи расстройства развития школьных навыков с проблемами поведения и внимания. Периоды развития, показанные вверху каждой части графика, примерно соответствуют времени появления проблем обучения и поведения, которые описаны ниже.

Как мы видим в части А рис. 11.6, первый вариант показывает, что нарушения развития раннего возраста приводят к таким проблемам поведения, как невнимательность, упрямство, деструктивность. Это, в свою очередь, ведет к расстройству развития школьных навыков, поскольку названные выше качества затрудняют учебный процесс. Таким образом, согласно этому варианту, раннее появление проблем поведения, обычно ассоциируемых с синдромом гиперактивности, может помешать дошкольникам развить необходимые для будущей учебы навыки, такие как внимание, умение слушать и сосредоточиваться.

Часть Б рис. 11.6 показывает второй вариант. Проблемы с развитием речи в раннем возрасте и наличие коммуникативных расстройств и расстройств развития школьных навыков становятся причиной нарушения поведения или проявления симптомов тревожности и депрессии.

Третий вариант — это наиболее вероятное объяснение связи проблем в обучении с проблемами поведения — можно увидеть в части В рис. 11.6. Расстройство развития школьных навыков и проблемы поведения связаны между собой, что с течением времени способствует усугублению одной или обеих проблем (Hinshaw, 1992 a). Согласно этому варианту, расстройство развития школьных навыков и проблемы поведения во многих случаях коморбидны.

Однако не следует сразу же отдавать предпочтение одному из трех вариантов, который представляется верным на первый взгляд — у разных детей сочетания проблем могут быть различными.

Как подведение итогов этого раздела предлагается модель поведенческих систем (рис. 11.7), которая демонстрирует возможные пути взаимодействия основных физиологических, когнитивных и психологических факторов, а также факторов, связанных с учебной и окружающей средой, способствующих появлению расстройства развития школьных навыков (H. G. Taylor, 1989).

Предупреждение нарушений и их лечение

Хотя расстройства развития школьных навыков имеют серьезные физиологические причины, методы лечебного воздействия опираются прежде всего на образовательные и психологические факторы. Психологическое лечение Джеймса, Франсины, Карлоса и Тима должно носить по возможности наиболее общий характер и быть достаточно продолжительным, при этом каждая новая задача должна разбиваться на отдельные шаги, которые несложно осилить ребенку — речь идет о примерах, практике и обратной связи в широком смысле. Сообразуясь с необходимыми учебными стратегиями, дети и члены их семей могут извлекать пользу из советов специалистов, целью которых является помощь детям в развитии большего самоконтроля и выработке оптимистичного отношения к своим способностям. Группы поддержки родителей могут также заполнить опасный вакуум между школой и домом, обеспечивая взрослых необходимой информацией, практической помощью и взаимопониманием.

Когда-нибудь открытия в области исследования мозга приведут к новым формам медицинского вмешательства, но в настоящее время не существует прямого физиологического воздействия для исправления речи, языка или способностей к обучению. Когда имеются значительные проблемы с вниманием и умением сосредоточиться, на некоторых детей благоприятно воздействуют стимулирующие медикаменты, которые могут на какое-то время позволить лучше контролировать свою импульсивность (см. главу 5), хотя по-настоящему это не изменит ситуацию с проблемами в обучении. Характерно, что схема приема подобных медикаментов всегда рассчитывается таким образом, чтобы они наиболее активно действовали в школьные часы, когда детей учат чтению и математике (Neuwith, 1993).

Рассмотрим скоординированные планы лечебных программ для Франсины и те усилия, которые для этого потребовались.

Франсина: Медленное, но верное улучшение

Чтобы помочь Франсине справиться с ее трудностями в математике и особенно с проблемами в ее отношениях со сверстниками, мы приняли во внимание несколько факторов. Во-первых, мы решили, что обучение должно быть в основном вербальным, и понимали, что труднее всего Франсине будет с математикой. Ее учителя одобрительно отнеслись к решению позволить Франсине использовать калькулятор и компьютер, для того чтобы ей было легче усвоить новые понятия. В наши планы входило также уделить особое внимание физическому воспитанию для улучшения ее визуально-моторной координации. Учитель математики согласился, что, если Франсина будет использовать разграфленную бумагу, это поможет ей представить себе действия с цифрами, и это действительно привело к тому, что ее занятия стали успешнее.

Больше всего нас беспокоило то, что у Франсины нет друзей, и мы считали, что эта проблема напрямую связана с нарушением ее способностей к обучению.

План когнитивно-бихевиорального вмешательства был разработан в соответствии с программой обучения Франсины. Поскольку у девочки были хорошо развиты вербальные способности, мы учили ее решать проблемы, используя ролевую игру. Мы посоветовали ее матери приглашать в дом какого-нибудь ребенка, чтобы у Франсины появилась возможность проверить на практике свои умения. Франсина жила, погружившись в свое одиночество, и казалось, что ей не хочется следить за своим внешним видом, поэтому мы обсудили вопрос, не будет ли полезным для того, чтобы она приучилась следить за собой, поручать ей какую-нибудь домашнюю работу. Мы потратили довольно много времени на то, чтобы объяснить родителям Франсины природу ее про-

блем, и наши советы помогли им лучше понять и облегчить ситуацию.

Мы увидели эту семью год спустя, и хотя некоторые из проблем Франсины все еще существовали, ее социальные навыки стали явно лучше. Ей все еще было трудно с кем-то подружиться, и она предпочитала проводить время одна, но эта проблема стала явно менее напряженной, чем год назад.

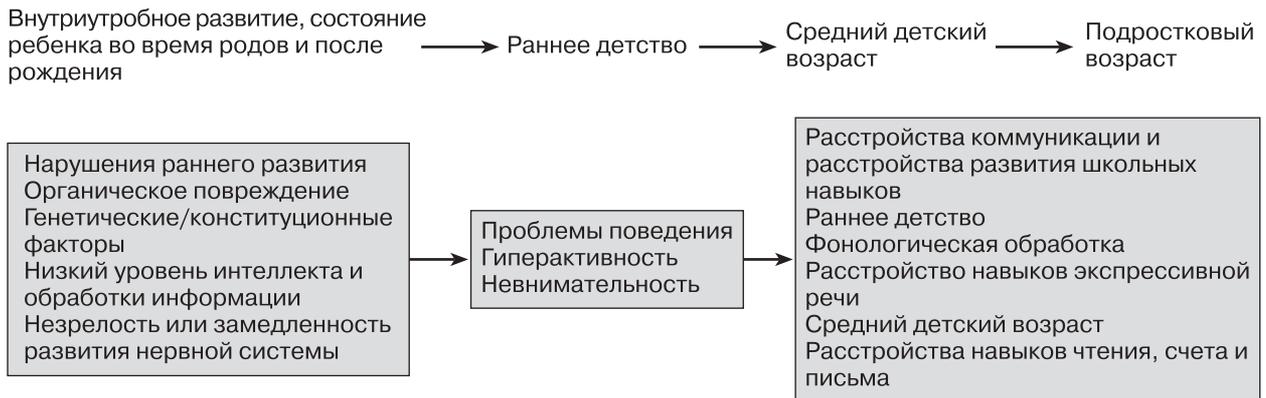
Франсине удалось оказать помощь потому, что ее проблемы были верно идентифицированы, однако вспомним, что к тому времени, когда на нее обратили внимание, у Франсины уже начались трудности в школьном обучении. Первым шагом к решению любой проблемы является понимание того, что данная проблема существует. Особенности расстройства развития школьных навыков осложняют это осознание для многих детей и их родителей. Хотя многие признаки данного расстройства, связанного с речью, проявляются с раннего детства, надежных способов выявить подобные нарушения нет до тех пор, пока ребенок не подрастет настолько, что его можно будет подвергнуть формальному тестированию.

Результаты проверки очень важны, поскольку для успешного лечения расстройств существуют довольно узкие временные рамки. Если проблема выявлена в раннем детстве — скажем, в дошкольном возрасте, — в этом случае недостатки речи и языка часто могут быть успешно исправлены. Если проблема не определилась лет до 8, результаты лечения будут гораздо менее успешны (Fletcher & Footman, 1994). Занятия с детьми по фонологической осведомленности в раннем возрасте могут предотвратить последующие проблемы с чтением у тех детей, которые находятся в группе риска (Blachman, Ball, Black & Tangel, 1994; Footman, Francis, Beeler, Winikates & Fletcher, 1997). Эта работа заключается в играх, в которые входит прослушивание и чтение стихов, распознавание предложений и слов, а также анализ различных слогов и фонем. Например, ребенок может анализировать слово «крот», рассматривая его как «к-рот», а затем синтезировать его в «крот», или же можно использовать кубики с алфавитом, чтобы разбить слово на различные фонетические звуки: «к», «р», «о», «т» (Lyon & Cutting, 1998).

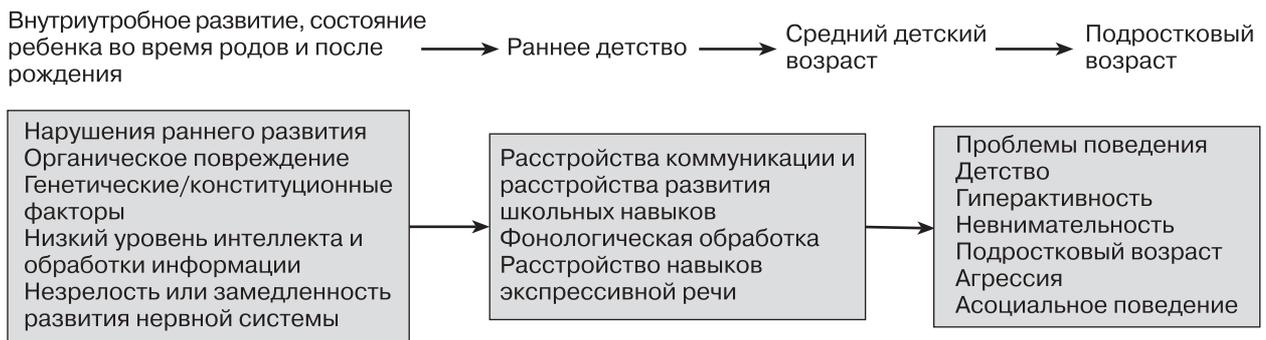
Изучение расстройства коммуникации и расстройства развития школьных навыков сыграло решающую роль в теории и практике педагогической работы в последнее десятилетие. Упомянутые выше открытия в неврологии оказывали стимулирующее действие на некоторые образовательные практики. Но даже сегодня существуют значительные расхождения во мнениях относительно того, как найти лучший путь помощи детям с расстройством развития школьных навыков.

Программа направленного образования. Определение детей с особыми потребностями в обычных классах в настоящее время стало нормой в Северной Америке. Основанием для этого движения за совместное обучение, которое началось в 1950-х годах, были результаты исследований, показывающие, что обучение учащихся с нарушениями в отдельных специальных классах оказалось неэффективным и, воз-

А: Нарушения раннего развития ведут к проблемам поведения, которые в свою очередь способствуют появлению расстройства развития школьных навыков



Б: Нарушения раннего развития ведут к проблемам в обучении, которые могут стать причиной проблем поведения или трудностей с концентрацией внимания



В: Нарушения раннего развития ведут к проблемам в обучении и в поведении, при сочетании этих проблем со временем усугубляется одна или обе проблемы.



Рис. 11.6. Три варианта соотношения расстройства развития школьных навыков с проблемами поведения.



Рис. 11.7. Связанная с системами поведения модель основных факторов, влияющих на развитие и выраженность расстройства развития школьных навыков.

можно, было болезненным для самолюбия этих учеников (Baldwin, 1958). Особые классы для таких детей, которые одно время были в моде, были упразднены. В школах появились комнаты для отдыха и учителя, которые получили специальную подготовку. Эта перемена имела еще то преимущество, что отпала необходимость в ярлыках и делении детей на категории. Акт об образовании для всех умственно отсталых детей от 1975 года в США (замененный в 1997 году на Акт о детях с трудностями в обучении) и Акт об образовании 1982 года в Канаде предоставили право учащимся с особыми нуждами быть допущенными в различные учебные заведения, несмотря на имеющиеся у них умственные нарушения.

К концу 1980-х годов движение за совместное обучение расширилось и стало **Программой направленного образования (regular education initiative (REI))**, согласно которой учащиеся с нарушениями развития школьных навыков принимаются в обычные классы, и учителя общего и специального профиля несут ответственность за обучение этих детей. Самое важное здесь заключается в том, что ярлыки относятся к программам, а не к детям (Hammill, 1993). В принципе, Программа направленного образования является привлекательной, многообещающей инициативой, поскольку позволяет детям с особыми потребностями получить образование, не ставя им диагнозы и не наклеивая ярлык умственно отсталых, не способных к обучению и т. п. Однако вопросы реализации программы и специальной подготовки учителей, также как и вопрос, отвечает ли инициатива направленного образования особым потребностям учащихся, все еще остаются нерешенными (B. G. Cook, Semmel & Gerber, 1999; Kavale & Forness, 2000).

Методы обучения. Хотя остаются противоречия во мнениях относительно практических аспектов целесообразности приема всех детей в обычные классы, большая часть преподавателей сегодня одобряет «обычное» образование для детей с расстройством развития школьных навыков. Направленное обучение — это честный подход к образованию, в его основе заложено мнение, что для укрепления необходимых детям навыков педагоги должны в своей деятельности приближаться к потребностям этих детей (Hammill, 1993).

Что здесь следует делать? Нужно ли начать с направленного обучения специальным фонетическим навыкам, а потом перейти к словам и предложениям, или наоборот (Lyon & Cutting, 1998)? Нужно ли детям с расстройством развития школьных навыков разбивать каждое слово на звуки, прежде чем они начнут адекватно понимать значение слова и правильно употреблять его в контексте? С другой стороны, по мнению сторонников методов, делающих акцент на кодировке, необходимо специально обучать детей структуре слова из-за их фонологических нарушений (Mather, 1992). **Методы, делающие акцент на кодировке** применительно к чтению, подчеркивают необходимость специального изучения структуры слова и деконтекстуализации до тех пор, пока у ребенка не появятся необходимые навыки. Эти методы опираются на постулат теории о том, что способность к декодированию, к точному и быстрому распознаванию слова должна приобретаться до того, как ребенок будет по-настоящему понимать текст (Hallahan, Kaffman & Lloyd, 1996).

С другой стороны, по мнению сторонников метода цельного языка, обучение, основанное на фонети-

ческих методах, совершенно не связано с содержанием текста (K. Goodman, 1986). **Метод цельного языка** применительно к обучению чтению делает акцент скорее на заучивание целых слов и выражений, чем на отдельные звуки. Ребенок может не охватить все детали текста, но, читая целиком слова и предложения, он лучше поймет и оценит весь контекст и содержание прочитанного. Метод цельного языка более, чем метод, основанный на заучивании отдельных слов и звуков, способствует вовлечению ученика в восприятие всего текста. Этот подход имеет в своей основе мнение, что дети — даже дети с расстройством развития школьных навыков — способны выучить правила, необходимые для чтения (D. F. King & Goodman, 1990).

В целом современные исследователи отдают предпочтение методу, который делает акцент на кодировке, как более подходящему подходу для обучения основам чтения (Foogman, 1995; Lyon & Cutting, 1998). Метод цельного языка эффективен для улучшения отношения детей к самому процессу чтения, но для того, чтобы появились реальные достижения в умении читать, необходимо применить специальные фонетические тренировки (Stahl, McKenna & Pagnucco, 1994). На практике эти два подхода часто сочетаются, для того чтобы помочь ребенку добиться возможных больших успехов (Hammill, 1993).

Теперь мы обратимся к некоторым практическим примерам того, как можно учить детей чтению, письму и математике, применяя установленные правила чтения. Бихевиоральные и когнитивно-бихевиоральные методы очень полезны для решения проблем детей с коммуникативными расстройствами и расстройствами развития школьных навыков (Lyon & Cutting, 1998). Кроме того, новые методы, которые опираются на использование новых технологий, дают некоторым детям дополнительные возможности приобретения основных и более продвинутых учебных навыков.

Бихевиоральные методы. У детей с расстройством коммуникации и расстройством развития школьных навыков многие проблемы происходят оттого, что им слишком быстро преподают материал (Rourke & Del Dotto, 1994). Поэтому метод, дающий детям набор вербальных правил, которые можно записать и обращаться к ним снова и снова, представляется более полезным, чем метод, полагающийся на запоминание или понимание концепции. Проверенные бихевиоральные принципы хорошо подходят задачам направленного обучения.

В дополнение к учебным концепциям, некоторые из сопутствующих проблем, которые касаются отношений со сверстниками, могут рассматриваться примерно в том же ключе, что и в случае с Франсиной. Простой, основанный на постепенности подход, представляется более благоприятным, чем подход, при котором проблему стремятся решить сразу и целиком. Детям нужна также помощь, для того чтобы научиться применять новую информацию в различных ситуациях. Индивидуализированный, основанный на приобретении полезных навыков подход не должен

быть скучным и однообразным. И на самом деле, специалисты, занимающиеся исправлением речи и языка, умеют обеспечить детям стимулирующее, специально организованное окружение для занятий и практической работы с языком. Во время занимательной работы с маленьким ребенком специалист рассказывает про игрушки, а потом просит ребенка что-то рассказать самому, используя те же самые звуки или слова. Ребенок наблюдает, как логопед произносит звук, чувствует вибрацию его гортани, а затем он сам практикуется в произнесении звуков перед зеркалом.

Бихевиоральные методы часто используются в программе направленного обучения, которая обычно проходит в кумулятивной, высокоструктурированной форме (Hall, Hughes & Filbert, 2000). Врезка 11.4 содержит пример такой программы. Поскольку, согласно этому методу, задача учителя заключается в том, чтобы делать необходимые исправления, помогать детям закрепить полученные навыки и применять их на практике, его часто называют «безупречным обучением». Каждая идея должна быть представлена так ясно, чтобы ее понимание было однозначным. Каждый урок построен в соответствии с уже проверенными образцами. Учителя работают с небольшой группой учащихся и задают им по 10–12 вопросов в минуту. Убедительный пример этого можно видеть во врезке 11.5.

Этот хорошо выстроенный и опирающийся на повторение метод очень эффективен (Hall et al., 2000). Учащиеся, которые обучаются по программе направленного бихевиорального образования, обычно делают большие успехи, чем дети, обучающиеся по стандартной классной программе (W. A. T. White, 1988).

Когнитивно-бихевиоральные вмешательства. Когнитивно-бихевиоральные вмешательства хорошо подходят детям с расстройством развития школьных навыков. Так же как и бихевиоральные методы, эти приемы помогают вовлекать учащихся в процесс обучения, в частности, дети начинают проследивать собственный мыслительный процесс. Большое внимание уделяется самоконтролю, при этом используются такие методы, как самонаблюдение, рассказ ребенка о себе, умение сконцентрировать свои усилия и т. д. (Lloyd, Hallahan, Kaufman & Keller, 1991). Очень важно, что детей учат задавать самим себе вопросы по пройденному материалу, чтобы он лучше усваивался (Wong, Harris & Graham, 1991). Попробуйте проделывать это сами на примере прочитанного вами текста: «Почему я это читаю? Какую главную идею проводят авторы? Где я могу найти ответ на этот вопрос? Как это связано с тем, что я выучил минуту назад?»

Программа, разработанная для лечения Карлоса, показывает, как некоторые из этих приемов применялись к его специфическим проблемам с письмом.

Карлос: Планы

Когда Карлос учился в третьем классе, в планы его лечения входило включение когнитивно-бихевиоральных подходов в стандартные методы обу-

чения. В основном речь шла не об индивидуальном методе занятий, а о том, как «внедрить» бихевиоральные методы в обычные классы. Например, сильные стороны Карлоса находятся в области мышления и речи, поэтому мы обсуждали использование компьютера и магнитофона, чтобы помочь мальчику выучить материал. Казалось, что Карлосу нравились эти методы, и они помогали ему преодолеть некоторые аспекты его нарушений.

Мы обсудили практические стратегии зрительно-моторной интеграции, такие как рисование и копирование через кальку, и постепенно усложнили задачу. Мы предложили, чтобы Карлоса вообще не учили писать печатными буквами, так как ему было легче писать, не отрывая перо от бумаги, а в печатных буквах необходимо отдельно изображать каждую палочку и каждый кружочек.

Обучение с помощью компьютера. Компьютерные игры могут стать билетом в лучшее будущее для некоторых детей с расстройством коммуникации и расстройством развития школьных навыков, основу которых составляют нарушения, связанные с языком (Reinking & Bridwell-Bowles, 1991). Одной из проблем обучения чтению является сохранение равновесия между очень важным, но скучным декодированием слова и сложной, но увлекательной работой, связанной с пониманием текста (Perfetti, 1985). Не все задачи уже решены, но методы обучения детей произношению, чтению и математике с помощью компьютера открывают возможности успешнее вовлекать детей в работу и добиваться больших успехов, чем дают обычные методы с применением карандаша и бумаги (Hall et al., 2000).

Некоторое время компьютеры использовались как простые инструменты обучения: для того чтобы ставить вопросы и отвечать на них. Поскольку было обнаружено, что в мозге человека есть область, которая отвечает за фонологическую осведомленность и согласованность, ученые начали проводить эксперименты, в которых пытаются решить основные аудиторные проблемы с помощью компьютера. Некоторые дети с расстройством коммуникации и расстройствами развития школьных навыков не могут

обработать информацию, которая поступает к ним слишком быстро. Например, они не различают согласные звуки в «ба» и «да». Этот недостаток сказывается на жизненно важном процессе развития навыков речи.

При проверке, может ли компьютер помочь этим детям, подавая звуки более медленно, 5–10-летние ребята играли в простые компьютерные игры, выигрывая очки за умение различать звуки (Tallal et al., 1996). Компьютер растягивал согласные звуки на половину нормальной скорости. По мере того как дети показывали все лучшие результаты, игры становились более трудными, звуки — короче по длительности и связывались один с другим. Результаты были ошеломляющими. Дети, которые по языковому развитию отставали на 1–3 года, показали улучшение, соответствующее двум годам дополнительного развития, всего за 4 недели. Полученные преимущества сохранялись 6 недель спустя. Тренировка не просто подсказала детям какие-то маленькие хитрости для успешного выполнения упражнений, но действительно улучшила их понимание языка. Дальнейшие исследования подкрепляют убеждение в ценности использования акустически модифицированной речи и обучения с помощью компьютера для улучшения слуховых и речевых способностей детей раннего возраста (Habit et al., 1999; Hitchcock & Noonan, 2000).

В целом методы коррекции коммуникационных расстройств и расстройств развития школьных навыков разнообразны и сулят успех. Врезка 11.6 рассматривает некоторые основные элементы программы успешного чтения, которые можно применить к другим нарушениям. Для того чтобы дети с нарушениями развития навыков чтения научились читать, должна быть разработана программа сбалансированного вмешательства, сочетающая направленное и ясное обучение фонологической осведомленности и возможность систематически использовать это знание для изучения соотношений «звук—символ» и для того, чтобы на практике проверить эти навыки декодирования, читая смысловые, интересные, проверенные тексты. Чем скорее в обучении будут применяться эти методы, тем лучше (Lyon & Cutting, 1998).

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 11.4 Шаги направленного бихевиорального обучения

1. Подумайте над исходными возможностями ребенка (каждого ученика).
2. В начале каждого занятия расскажите вкратце ученикам, какие цели вы перед ними ставите.
3. Новые идеи и материал подавайте маленькими порциями, при этом ученики должны подкреплять на практике каждый сделанный шаг.
4. Все указания и объяснения должны быть ясными и подробными.
5. Все ученики должны иметь возможность достаточной практики.
6. Постоянно проверяйте, хорошо ли понимают учащиеся пройденный материал. Задавайте им вопросы.
7. Каждый ученик должен получать помощь руководителя на начальных этапах практики.
8. Обеспечьте систематическую обратную связь и коррекцию.
9. Ясно объясните и покажите учащимся, как они должны делать упражнения за рабочим столом.

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 11.5 Образец учебного плана из программы направленного обучения: учимся думать

Упражнение 1: Сравнения

Задание А

Первая задача на обдумывание сегодня — это задача сравнения.

1. Сегодня мы будем сравнивать, как двигаются разные животные. Что мы будем сравнивать? Сигнал к ответу: Как двигаются животные. Повторяйте вопрос-ответ, пока ответ не будет твердым.
2. Животные, о которых мы будем говорить, — это сокол и кит. О каких животных мы будем говорить? Сигнал: О соколе и о ките.
3. Назовите первое животное. Сигнал: Сокол. Да, сокол. Как он двигается? Сигнал: Он летает. Да, он летает. Повторяйте это, пока ответ не будет уверенным.
4. Итак, эта первая часть нашего сравнения: сокол летает. Какая первая часть сравнения? Сигнал: Сокол летает. Да, сокол летает. Повторяйте, пока ответ не будет уверенным.
5. В первой части нашего сравнения мы сказали, как двигается одно животное. Итак, в следующей части должно быть сказано, как двигается другое животное.
6. Вы сказали, как двигается сокол. Теперь мы поговорим о ките. О каком животном мы будем говорить? Сигнал: О ките. Как передвигается это животное? Сигнал: Оно плавает. Да, оно плавает.
7. Итак, вот и вторая часть сравнения. Кит плавает. Какая вторая часть сравнения? Сигнал: Кит плавает. Да, кит плавает.
8. Повторите с пункта 2 до пункта 7, пока все ответы не будут твердыми.
9. Теперь мы сможем сказать все наше предложение, в котором мы сравниваем животных. Сначала мы скажем, как двигается сокол, а затем мы скажем, как двигается кит. Давайте скажем вместе все предложение. Сигнал: Отвечайте вместе с учениками. Сокол летает, а кит плавает. Повторяйте, пока учащиеся не будут повторять ответ вместе с вами.
10. Теперь вы сами. Произнесите это сравнение. Сигнал: Сокол летает, а кит плавает. Повторяйте, пока сравнение не будет звучать твердо.
11. В этом сравнении говорится о том, как двигаются эти животные. О чем говорится в нашем сравнении? Сигнал: О том, как двигаются эти животные.
12. Повторяйте пункты 10 и 11, пока учащиеся не будут отвечать совершенно уверенно. Индивидуальный тест: Вызывайте отдельных учащихся отвечать по пунктам 10 или 11.

Источник: Engelman, Haddox, Hanner & Osborn, 1978.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

Расстройства развития школьных навыков состоят из специфических проблем в чтении, в математике или в письме, при этом нарушения развития навыков чтения являются наиболее распространенными. Расстройства навыков счета и письма в значительной степени совмещаются с расстройством навыков чтения.

Хотя расстройства развития школьных навыков могут совмещаться с поведенческими расстройствами, это совершенно отдельные проблемы.

Если у человека есть возможность развивать и использовать свои сильные стороны, это дает ему гарантии более успешной взрослой жизни. Расстройства развития школьных навыков в чтении могут быть вызваны фонологическими проблемами, в основе которых лежат физиологические аномалии обработки аудиальной информации в мозге. Считается, что эти недостатки в основном являются врожденными.

В лечение детей с расстройствами коммуникации и расстройствами развития школьных навыков входят образовательные стратегии, которые опираются



Новые исследования дают надежду на то, что компьютерные игры и упражнения помогут детям с нарушением способности к обучению найти ключ к приобретению навыков, необходимых для умственного развития.

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 11.6 Основные элементы для успешного начала программы чтения

1. Обеспечить необходимые условия для направленного обучения анализу языка. Как можно раньше определить, какие дети принадлежат к группе риска; это необходимо сделать в самом начале школьного обучения, а предпочтительнее еще в дошкольном возрасте.

2. Обеспечить необходимые условия для направленного обучения азбуке. Изучение азбуки должно быть структурированным и систематическим, его следует проводить последовательно, двигаясь от простого к сложному. Сначала нужно научить детей всем правилам языка, а уже потом знакомить их с исключениями из правил. Не следует оставлять что-то недосказанным — все должно быть как можно более ясным. Научите ребенка, который умеет только декодировать букву за буквой, соединять буквы в слоги и слова.

3. Следует учить чтению и произношению одновременно. Дети должны уметь правильно произносить слова, которые они читают.

4. Постарайтесь, чтобы обучение чтению шло как можно более интенсивно. Детям могут понадобиться три или более года направленного обучения основным навыкам чтения для того, чтобы они научились читать уверенно и правильно. По мере их прогресса им следует давать все больше текстов с интересным содержанием. Материалы для чтения должны сопровождаться специальными словариками, в которых содержится большинство слов, которые дети способны декодировать. Дети запоминают только самые главные слова, которые становятся их словарным запасом, поэтому давайте им только те слова-исключения из правил, которые они действительно могут прочитать правильно. Если они будут гадать, как следует прочитать то или другое слово, это будет малопродуктивно.

5. Учите детей автоматическому чтению. Как только усвоены основы декодирования, детям следует чаще предлагать читать целые слова, чтобы у них появились навыки автоматического чтения. Обычно для этого необходима большая практика, при этом она должна быть как можно более приятной и полезной.

Источник: Felton, 1993.

на сильные стороны учащихся, и бихевиоральные стратегии, в которые входит направленное (директивное) обучение.

Также успешно используются когнитивно-бихевиоральные методы и компьютерное обучение.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

расстройство развития школьных навыков (learning disability)

расстройство коммуникации (communication disorder)

нарушение способности к обучению (learning disorder)

дислексия (dyslexia)

непредвиденное отклонение (unexpected disorder)

фонемы (phonemes)

фонологическая осведомленность (phonological awareness)

расстройство развития экспрессивной речи (expressive language disorder)

смешанное расстройство восприятия и использования речи (mixed receptive-expressive language disorder)

фонологическое расстройство (phonological disorder)

совместное обучение (mainstreaming)

расстройство невербального научения (nonverbal learning disability)

метод направленного обучения (regular education initiative)

направленное (директивное) обучение (direct instruction)

метод, делающий акцент на кодировке (code-emphasis approach)

метод цельного языка (whole-language approach)

Глава 12
РАССТРОЙСТВА,
СВЯЗАННЫЕ
СО ЗДОРОВЬЕМ



Джеремайя: Дышать — это жить

4-летний Джеремайя Джагер любит все синее. Он пьет синюю шипучку, выбирает синие зернышки из детской каши, предпочитает синий карандаш. Прошлой зимой, когда Джеремайя внезапно начал задыхаться, как при крупе, а губы, щеки и нос стали его любимого синего цвета, мать заволновалась. Это было уже восьмое обращение мальчика в отделение скорой помощи, и оно оказалось самым печальным. «Мне необходимо было знать, почему он посинел, и что вообще происходит», — сказала Кэти, которая считала, как и другие родственники, что у Джеремайи развивается астма. Она позвонила на отделение легочных заболеваний при Национальном Еврейском Центре медицинских исследований в Денвере. «Обследование стоит в два раза дороже, чем наша машина, — сказала мать после разговора по телефону. — Но зачем производить детей на свет, если не собираешься сделать для них все, что можешь?» В течение недели Джагеры покинули Небраску и отправились в далекий Денвер. Они должны были выяснить, что случилось с их ребенком (Dowling & Hollister, 1997).

Анита: Не может уснуть

Двенадцатилетняя Анита очень плохо засыпала. Каждую ночь ей требовался час или больше, прежде чем ей удавалось уснуть. Из-за этого девочка с трудом вставала по утрам. Ей надо было подняться в 6 часов утра, чтобы успеть в школу.

Обычно по вечерам она до 9 часов смотрела телевизор, затем готовилась ко сну. Перед сном Анита немного читала. Она объясняет:

«Когда я читаю, то чувствую, что засыпаю, но как только выключаю свет, сонливость исчезает. Я не могу отделаться от разных мыслей, особенно о школе, например вспоминаю, сделала ли я домашнее задание или как мне завтра помириться с друзьями. Папа сказал, что я могу заболеть, потому что мало сплю. И теперь я боюсь подхватить мононуклеоз, как один мой школьный приятель. Что бы я ни делала, я не могу заснуть сразу, как это было раньше (адаптировано из Bootzin & Chambers, 1990).

Что общего у Джеремайи и Аниты? Эти дети в разной степени столкнулись с ситуацией, которая влияет на здоровье и благополучие, в результате чего они сами и члены их семей постоянно волнуются и расстраиваются. Родители Джеремайи хотя бы больше узнали о внезапных приступах удушья. Поскольку врачи не смогли объяснить, что происходит с ребенком, родители стали задумываться над тем, не вызваны ли эти приступы психологическими причинами.



Герман с медвежонком (верхний снимок) в ожидании теста. Вся спина мальчика в пятнах от растворов аллергенов, чтобы выяснить, увеличиваются ли припухлости. Но у Германа все в порядке.

Проблемы сна у Аниты связаны с беспокойством из-за высказываний отца по поводу ее недосыпания. Какую роль, если таковая имеется, играют психологические факторы в развитии Джеремайи и Аниты и их адаптации к проблемам, связанным со здоровьем?

Детей, родителей и других членов семьи глубоко волнуют проблемы детского здоровья, поэтому они имеют значительное психологическое значение.

Проблемы, которые обсуждаются в этой главе, не рассматриваются как типичные расстройства психики, а скорее как проблемы, связанные со здоровьем и физическими стрессорами. Некоторые стрессоры слабые, например проблема Аниты с засыпанием и ночным сном, другие, как астма Джеремайи, могут представлять угрозу для жизни, поэтому требуют сложного и терпеливого медицинского вмешательства.

Детские расстройства, вызванные болезнью, охватывают обширную, хотя и четко определенную область медицины, начиная от малых проблем, таких как энурез (ночное недержание мочи) или энкопрез (непроизвольная дефекация), до хронических болезней, например рак или диабет (R. A. Olson, Mullins, Gillman & Chaney, 1994). Расстройства, вызванные заболеванием, часто изучаются независимо от детской психопатологии, потому что проблемы детской адаптации более тесно связаны с прямым воздействием болезни. Более того, отклонения в здоровье детей подчеркивают взаимное влияние физического и психического состояния, так как все расстройства и проблемы развития включают физические, психологические и психосоциальные компоненты (Harbeck-Weber & Peterson, 1996). Привлечение психологов и других специалистов, работающих в области психиатрии, к детским проблемам, связанным со здоровьем, помогает детям и членам их семей справляться с трудностями, возникающими при подобных обстоятельствах, и быстрее адаптироваться к новым условиям жизни.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Расстройства, связанные со здоровьем, отличаются от других типов детской психопатологии, так как проблемы детской адаптации непосредственно подвержены влиянию физического заболевания или психологической проблемы.
- Детские проблемы, связанные со здоровьем, подчеркивают влияние физического и психического здоровья, потому что детские психологические расстройства и проблемы адаптации включают физические, психологические и психосоциальные компоненты.

К ИСТОРИИ ВОПРОСА

За последние двадцать лет психологический подход к лечению детей с проблемами, связанными со здоровьем, получил значительное развитие. Этому

предшествовала длинная история. Еще греческие философы считали, что боль и болезнь связаны с нарушением в теле баланса основных элементов: огня, воздуха, воды и земли, в других древних культурах особое внимание обращалось на взаимосвязь духа и тела. В эпоху средневековья эти знания лекарями не использовались, потому что в то время физические и психические болезни считались дьявольским наваждением, и больных казнили или просто оставляли умирать.

Взаимоотношение эмоционального и физического состояния не вызывало научного интереса до тех пор, пока в конце XIX в. Шарко (Charcot) и Фрейд (Freud) не выдвинули своих теорий сущности истерии и конверсионного расстройства. Психодинамическая теория и открытия современной медицины в начале XX в. часто противоречили друг другу, что выражалось в дебатах по поводу двойственности отношений душа—тело (L. G. Siegel, Smith & Wood, 1991).

Результатом дальнейшего развития теории было появление нового разграничения между расстройствами, вызванными физическими факторами, и расстройствами, связанными с эмоциональными или психологическими причинами (Harbeck-Weber & Peterson, 1996). Болезни, которые возникают из-за сложных жизненных ситуаций или на которые влияют психологические и социальные факторы, были классифицированы как *психосоматические*, а позднее как *психофизиологические* расстройства, что означало воздействие психологических факторов на соматические функции.

Эти термины больше не употребляются, поскольку они ошибочно обозначали, что болезненные симптомы индивида вызывались исключительно психическими проблемами, особенно в тех случаях, когда нельзя было найти этому никакого медицинского подтверждения.

Всего 50 лет тому назад основное внимание медиков было справедливо приковано к острым инфекционным заболеваниям, таким как оспа, туберкулез, дифтерия и тиф, которые уносили жизнь каждого четвертого ребенка в возрасте до девяти лет (Pollock, 1987). Эта сухая, бесстрастная статистика вызывала сомнения в искренней озабоченности наших предков высокой детской смертностью. Некоторые историки считают, что одной из причин ранней смерти детей в начале XIX в. было недостаточное внимание со стороны родителей и общества в целом (Garrison & McQuinston, 1989).

Трудно представить подобное в современном западном обществе, хотя в некоторых странах детская смертность все еще очень высока.

Проблемы, которые рассматриваются в этой главе, — расстройства сна, энурез, энкопрез и хронические болезни — являются хорошим примером того, как недостаточно изученные физические симптомы могут быть неправильно отнесены на счет психологических причин. Более того, стремление полагаться на модное лечение или на непроверенную народную мудрость, а не на научные открытия, может рас-

смагиваться следующим поколением как неразумное, а иногда и опасное.

Наример, рассмотрим проблемы детского сна и недержания. Веками эти не такие уж и редкие заболевания несправедливо приписывались врожденному детскому упрямству и лени. Общественное мнение менялось от сурового до снисходительного, и было похоже на реакцию, которую вызывала умственная отсталость. К XX в. медицинская точка зрения и общественное мнение сходились на том, что энурез, как и детская мастурбация, потенциально указывает на эмоциональное и поведенческое расстройство. Вначале психодинамическая теория, завоеывая популярность, выдвигала предположение, что трудности детей с туалетом отражают конфликты в подсознании, которые, если их не контролировать, могут превратиться в устойчивые формы поведения, причиняющие неудобства. Основаниями для конфликта могут послужить отсутствие родительской любви, боязнь разлуки, чувство вины из-за испачканной одежды, особые желания при беременности, реакция на семейные проблемы, а также травмирующее разлучение с матерью в период между оральной и анальной стадией психосексуального развития (Fielding & Doleys, 1988).

К 1920-м годам «Бюллетень ухода за ребенком» (Infant Care Bulletin), официальное издание Детского бюро США, выражал жесткую позицию общества относительно проблем детского развития. Журнал советовал родителям заставлять детей освобождать кишечник в строго определенное время и завершать приучение ребенка к горшку не позднее восьми месяцев. Если младенец не справлялся с поставленной задачей, освобождение кишечника вызывалось при помощи вставленного в прямую кишку кусочка мыла (Aschenbach, 1982).

К счастью, к 40-м годам эта установка была заменена более естественным, учитывающим развитие подходом, который позволял развивающемуся организму диктовать, когда родители могут начать приучение к туалету в период между 12 и 30 месяцами жизни ребенка. Эта тема вновь возникла в бурлящие 60-е годы, когда детского врача Бенджамина Спока (Benjamin Spock) обвиняли во многих социальных проблемах Северной Америки из-за того, что его советы о приучении младенцев к туалету и о дисциплине для малышей считались слишком мягкими. Однако Спок все разъяснил своим высказыванием: «У ребенка есть возможности, а родители должны ими руководить!» (1955).

Основной интерес детской психологии заключался в том, чтобы выяснить, как дети приспосабливаются к сложным жизненным ситуациям, стрессорам, связанным с развитием, и к проблемам, возникающим в связи с хроническими заболеваниями, которые влияют на их физическое состояние и благополучие. Мы начали с обсуждения проблем, вызванных нарушениями сна, задержались на обсуждении того, как важен полноценный сон для психологического и физического развития и регуляции работы организма с самого рождения ребенка. Далее мы обсуждали проблемы физиологических отклонений и

хронических заболеваний у детей и подростков — области исследования, в которых за последние годы достигнуты значительные результаты, помогающие детям преодолеть или приспособиться к определенному образу жизни. Главными темами данной главы является изучение того, как отклонения, связанные со здоровьем, действуют на психологическое состояние детей и подростков, и как дети и их семьи приспосабливаются в ответ на это.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- В течение длительного времени неправильно поняты физические симптомы ошибочно относились к психологическим причинам.
- В настоящее время детские психологи изучают, как детские проблемы, связанные со здоровьем, влияют на психологическое состояние детей, и как они и их семьи приспосабливаются в ответ на это.

РАССТРОЙСТВА СНА

У всех людей время от времени случаются проблемы со сном. Обычно они несерьезны и не влияют на деятельность человека в течение следующего дня, но иногда могут сильно подорвать здоровье и благополучие. Многие родители, братья и сестры, делящие спальню с ребенком, страдающим расстройством сна, могут подтвердить, что подобные проблемы влияют и на них. Нежелание вовремя ложиться спать, трудности засыпания, ночные хождения, утренние пробуждения, усталость — все это является основой заботой и жалобами родителей детей младшего возраста (Blader, Koplewicz, Abikoff & Foley, 1997).

Считается, что сон является *основной* деятельностью мозга в первые годы жизни ребенка. За первые два года малыш, в среднем, спит почти 10 000 часов (около 14 месяцев) и примерно 7 500 часов (около 10 месяцев) бодрствует (Anders, Goodlin-Jones & Sadeh, 2000). За это время мозг ребенка достигает 90% от размера мозга взрослого человека, и маленькому человечку становятся доступными сложности познавательного процесса, языка, осознания самого себя, социоэмоционального развития и физического умения (Cicchetti & Beeghly, 1990; Dahl, 1996). При этом большую часть времени ребенок спал.

Постепенно, примерно к 5-ти годам, соотношение между сном и бодрствованием уравнивается. Но и ко времени поступления в школу дети еще уделяют больше времени сну, чем социальному общению, знакомству с окружающей средой, еде и другим видам деятельности. Почему эволюция предпочла сон другим важным видам активности? Не выгоднее бы

было для нас больше времени тратить на изучение языков, приобретение знаний и адаптацию к жизни в обществе? По-видимому, сон играет важную роль в развитии мозга и регуляции деятельности организма (Dahl, 1996). Подобное значение сна объясняет, почему его расстройства влияют на физическое и психическое здоровье и благополучие, а также почему они представляют большой интерес для детской психопатологии.

Возможно, вы обратили внимание на то, как проблемы сна взаимосвязаны с другими расстройствами, включая гиперкинетическое расстройство и дефицит внимания (Corkum, Moldofsky, Hogg-Johnson, Humphries & Tannock, 1999; Gruber, Sadeh & Raviv, 2000), депрессию и тревожность (Johnson, Chilcoat, Breslau, 2000), аутизм (Richdale, 1999) и проблемы поведения (Lavigne et al., 1999). В этой связи возникает важный вопрос: служат ли нарушения сна причиной других проблем или сами являются результатом каких-либо расстройств? Чтобы ответить на этот вопрос, надо понять, как проблемы сна связаны с психологическим состоянием индивида. Поскольку мы привыкли считать, что нарушения сна возникают от определенных стрессоров, таких как предстоящие экзамены или выяснение отношений, мы склонны думать, что подобные трудности являются вторичными симптомами первоначального отклонения от нормы. Однако взаимоотношения между проблемами сна и психологической адаптацией не являются косвенными.

Нарушения сна сами могут вызывать у детей и подростков эмоциональные и поведенческие проблемы, но также они могут быть непосредственно вызваны каким-либо психологическим расстройством. В некоторых случаях проблемы сна являются результатом влияния какого-то важного фактора, который является общим и для других расстройств. Вспомните главу о тревожности, в которой мы рассматривали, как проблемы, связанные с возбуждением мозга и регуляторных систем, могут вызвать повышенную тревожность. События, вызывающие стресс, особенно те, которые угрожают безопасности ребенка, — война, стихийные бедствия и жестокое обращение — повышают возбудимость и влияют на нормальные параметры сна (Sadeh, Raviv & Gruber, 2000). Короче говоря, расстройства сна могут вызвать другие психологические проблемы или сами могут быть результатом других расстройств и условий.

Расстройства сна имеют важное значение для детской психопатологии, так как бывают похожи на симптомы тяжелых расстройств или усиливают их (Dahl, Pelham & Weirson, 1991).

Каждому знакома связь эмоций и сна. Недостаток сна связан с возбуждением, импульсивностью и дефицитом внимания. Почти каждое заблуждение ребенка родители считают результатом переутомления и, естественно, допускают, что эмоциональные нарушения лежат в основе временных нарушений сна у ребенка или подростка. Нарушить сон, например, могут первые любовные переживания или ожидание волнующего события. В дополнение к этому тревож-

ное расстройство, связанное со страхом разлуки, боязнь «чужаков» могут вызвать ночные пробуждения и кошмары или страх засыпания.

Временные проблемы со сном являются нормальным явлением и обычно смягчаются или исчезают, когда ослабевает стресс, обеспечивается безопасность, когда ребенка разубеждают в его страхах или заставляют перебороть себя (Muris, Merckelbach, Gadet & Moulart, 2000).

Эмоциональное беспокойство может вызвать временные нарушения сна и внести изменения в привычный ритм жизни. Нарушенный или недостаточный сон может расстроить регулирование эмоциональных процессов и механизм внимания. Наличие связи между нарушением сна и эмоциональными расстройствами объясняет, почему проблемы сна являются общими симптомами, характерными для многих других расстройств, рассматриваемых в данной главе.

Однако до последнего времени расстройства сна у детей практически не исследовались, а методики оценки и лечения не отличались от применяемых при лечении взрослых. К счастью, в настоящее время в рамках бихевиоральных подходов проводятся исследования, которые помогут родителям более легко справиться с определенными проблемами сна, которые испытывают дети разного возраста.

РЕГУЛИРУЮЩИЕ ФУНКЦИИ СНА

Мы склонны думать, что сон — это время, когда ничего не происходит — «свет включен, а дома никого нет». Отсутствие активности и почти полная потеря сознания создают впечатление, что сон мало подходит для регулирования психологических процессов, таких как внимание, возбуждение, эмоции и поведение. Почему мозгу, особенно развивающемуся, требуются длительные периоды относительной бездеятельности?

В противоположность обычному представлению о том, что сон является просто отдыхом, пришло понимание того, что сон, возбуждение, аффект и внимание тесно переплетены с динамической системой регуляции (Dahl, 1996). Когда центральная нервная система усиливает реакцию в ответ на возможную опасность, регуляторная система должна сразу восстановиться и обеспечить баланс между сном и пробуждением. Интересно узнать, как система меняется в связи с развитием. В период младенчества равновесие склоняется в сторону сна, так как за безопасностью и обеспечением потребностей бдительно следят заботящиеся о ребенке лица. Взрослея, дети учатся сами заботиться о себе, более самостоятельно и внимательно относиться к опасности. Постепенно соотношение между сном и бодрствованием склоняется в пользу последнего. Это время необходимо для адаптации, а динамические паттерны сна помогают вновь восстановить баланс.

Большинство студентов страдают бессонницей или различными нарушениями сна, потому что ночь напролет просиживают за учебниками перед началом сессии, а в другое время веселятся на вечеринках, иногда заканчивающихся под утро. Поэтому, возможно, вам уже понятна та важная роль, которую выполняет сон при регуляции состояния эмоционального возбуждения и восстановления (Horne, 1993). Если при депривации сна у детей и подростков появляется головокружение, слабоумие или импульсивное поведение — это значит, что ослаблены функции префронтального участка коры головного мозга. Как отмечалось в предыдущих главах, этот участок является *исполнительно-контролирующим* центром мозга, отвечающим за передачу эмоциональных сигналов и принятие ответных решений. Поэтому ухудшение работы этого участка вызывает снижение концентрации и торможения или контроля и проявляется в основных побуждениях и эмоциях. Расположение префронтального участка коры головного мозга дает ему возможность объединять мысли (основные функции коры) с эмоциями (наиболее важными функциями центральной нервной системы). Если индивид лишен сна или у него какие-либо другие нарушения, то первыми поражаются те функции, которые выполняют сложные, срочные задачи, требующие быстрого и точного ввода интегрированного когнитивного, эмоционального и социального сигнала (Dahl, 1996). Спросите у любого родителя или педагога, и они могут вам сказать, что невыспавшиеся дети на следующее утро хуже контролируют эмоции; они более раздражены, импульсивны, рассеяны, эмоционально неустойчивы, что проявляется во внезапном переходе от смеха к слезам. Эти симптомы легко спутать с симптомами, характерными для гиперкинетического расстройства и синдрома дефицита внимания, хотя расстройства сна через день или два проходят сами по себе (Dahl et al., 1991).

Физиология сна тесно связана с развитием ребенка и подчеркивает решающую роль сна в балансе восстановления. Считается, что особые фазы сна осуществляют активное *расцепление* или разъединение нейроповеденческих систем (Dahl, 1996). В действительности некоторые участки центральной нервной системы нуждаются в отдыхе. Представьте, что ваша нервная система должна поддерживать активную тесную связь, которая достигается при помощи электрических сигналов, в течение всего времени бодрствования. Как мы узнали из обсуждения расстройств научения (см. главу 11), эти сигналы требуют, чтобы мы соблюдали строго определенное время и частоту при их подаче.

Специалист по изучению проблем сна Р. Е. Даль (R. E. Dahl) описывает процесс расцепления систем, сравнивая роль сна с настройкой музыкальных инструментов в большом оркестре: нельзя настраивать инструмент, пока на нем продолжают играть, и он как бы «сцеплен» с другими инструментами оркестра. Подобно этому элементы центральной нервной системы могут нуждаться во временном расцеплении или разъединении с другими системами для

проверки и перенастройки. Подобное расцепление может быть особенно опасным для детей. В период роста области мозга быстро видоизменяются и у них появляются специфические функции и типы внутренней связи с центральной нервной системой (P. Levitt, 1995), которые требуют значительной модификации и перенастройки. По музыкальной аналогии Даля, новый инструмент требует настройки чаще, чем сломанный.

НОРМАЛЬНЫЕ ФАЗЫ СНА

У детей, как и у взрослых, уровни активности и внимания в течение дня проходят через регулярные циклы. Иногда дети активны и настроенны, в другое время они отключаются и становятся невнимательными. Во время сна этот цикл активности мозга, который можно назвать *построением сна*, продолжается и переходит от сна с быстрыми движениями глаз ко сну с **медленными движениями глаз**. Во время сна с быстрыми движениями глаз активность мозга высока и вдобавок сопровождается возбуждением вегетативной нервной системы и снижением мышечного тонуса. Во время этой стадии мы обычно видим сны, поэтому сон с **быстрыми движениями глаз** часто называют сном со сновидениями. Во время этой фазы сна сновидения кажутся реальными, и мозг отвечает на возникающие образы эмоциональными и физиологическими реакциями, как будто все происходит на самом деле, хотя тело остается неподвижным и безучастным.

Во время фазы сна с медленными движениями глаз мозговые процессы протекают относительно медленно и синхронизированно, что сопровождается спокойным и ритмичным пульсом и дыханием, а также стабильным мышечным тонусом (Anders et al., 2000).

Фаза сна с медленными движениями глаз подразделяется на четыре стадии на основании типов электрической волны мозга, измеряемой при помощи электроэнцефалографа. Эти стадии приблизительно соответствуют тому, насколько глубоким является сон. У детей старше 1 года нормальный ночной сон начинается с I-й стадии с медленными движениями глаз. Постепенно сон становится более глубоким, переходя ко II-й, III-й и IV-й стадиям (этот сон также называют дельтовидным сном, или сном медленной волны), ребенок не отвечает на внешние стимулы и его трудно разбудить. При таком сне сновидений не бывает. Когда ребенок просыпается после сна медленной волны, он нетвердо стоит на ногах и дезориентирован. Для детей характерны длительные периоды глубокого сна медленной волны. Уровни дельтовидного сна снижаются между 3 и 6 годами (когда ребенок перестает спать днем) и постепенно уменьшаются к школьным годам, к юности и далее ко взрослому состоянию (Dahl, 1996).

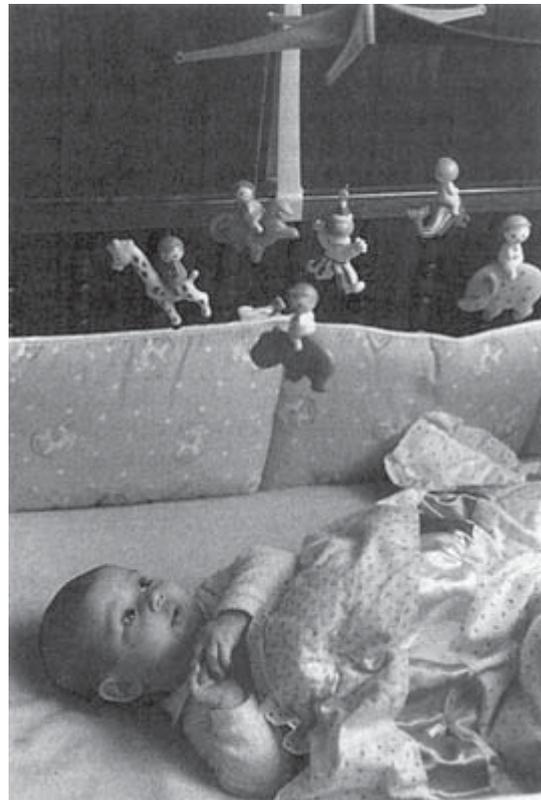
После постепенных стадий сна с медленными движениями глаз дети и взрослые переходят в ста-

дию с быстрыми движениями глаз. Если вы наблюдаете за спящим ребенком (или с этой же целью за кошкой), то в конце концов увидите, как подергиваются веки и глаза начинают быстро двигаться. В это время мозг активен, а тело — нет, в противоположность сну с медленными движениями глаз, когда мозг относительно инертен, а тело активно. Считается, что сон с быстрыми движениями глаз обеспечивает восстановление мозга, что позволяет классифицировать новую информацию и сохранять ее в памяти (Sheldon & Jacobsen, 1998). Если человек лишен сна с быстрыми движениями глаз, мозг будет пытаться компенсировать это, входя в нужную фазу более часто и быстро в течение нескольких следующих ночей. Поскольку основное время сна с быстрыми движениями глаз приходится на вторую половину ночи, расстройства, связанные с этой фазой, например ночные кошмары, более часто проявляются в ранние часы.

Возрастные изменения. Наши паттерны сна и потребность в отдыхе разительно меняются в течение первых нескольких лет жизни, постепенно превращаясь с возрастом в устойчивые привычки (Mindell, Owens & Carskadon, 1999). Новорожденные спят 16–17 часов в сутки, а годовалому ребенку хватает примерно 13 часов, включая 1–2 часа дневного сна (Anders & Eiben, 1997). Эти возрастные изменения

частично объясняют, почему проблемы сна у младенцев и маленьких детей отличаются от проблем подростков, юношей и взрослых. У младенцев и детей, начинающих ходить, чаще встречаются ночные пробуждения, у дошкольников трудности с засыпанием, младших школьников невозможно уложить в постель. У юношей и взрослых проблемы обычно связаны с трудностями засыпания (инсомнии) и недостаточной продолжительностью сна (Anders, Halpern & Hua, 1992; Sadeh, Raviv & Gruber, 2000).

Возрастные изменения влияют также на схему сна и на то, как долго индивид пребывает в каждой фазе сна, особенно в юности. После наступления половой зрелости слегка увеличивается продолжительность сна с быстрыми движениями глаз, а время дельтовидного сна (стадии III и IV) значительно сокращается (Dahl, 1996). В то же время подростки чаще в течение дня хотят спать, даже если они спят не меньше, чем до половой зрелости (Mindell et al., 1999). Хотя у подростков повышенная физиологическая потребность в сне, многие из них спят значительно меньше, чем раньше. Это приводит к хроническому недосыпанию, а также к различным нарушениям сна, которые проявляются в течение дня: усталость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, неспособность сосредоточиться и засыпание на уроках (Wolfson & Carskadon, 1998). Это крайность? Не будите спящих подростков — им необходимо отоспаться.



В разных культурах различный взгляд на то, где дети должны спать ночью — в комнате родителей (слева) или отдельно в своей кроватке.

ВЛИЯНИЕ СИТУАЦИИ И КУЛЬТУРЫ

*[Быть] добросовестным родителем...
это ответственность, которую
большинство из нас, включая и меня,
стремятся избежать, так как это
очень трудно.
Джон Леннон*

К тому времени, когда маленький ребенок устает, родители обычно полностью измотаны, порядок укладывания его в постель может быть нарушен. Младенцы, которые начинают ночной сон не в своей кроватке, чаще просыпаются и среди ночи требуют повторения ритуала укладывания, тогда как дети, засыпающие в своих кроватках, если и просыпаются ночью, то засыпают сами (Anders et al., 1992). Перед родителями стоит нелегкая задача — создать и соблюдать порядок отхода ко сну, несмотря на занятость, болезнь ребенка или частичную опеку. Успешное соблюдение принятого распорядка является сильным защитным фактором от проблем, связанных со сном, которые могут сохраниться на многие годы.

Влияние культуры и возможности родителей тоже играют значительную роль в образовании паттернов сна у детей.

Сравните бытовые условия Запада и Северной Америки, которые позволяют младенцам спать в собственных кроватках и желательно в отдельной комнате, с культурами некоторых стран Востока и Южной Америки, где принято, чтобы маленькие дети проводили первые годы жизни в комнате и кровати матери. Возможно, вас удивит, что эти дети реже испытывают проблемы со сном, а родители сильнее привязаны к своим детям (Morelli, Rogoff, Oppenheim & Goldsmith, 1992). Вышеприведенные паттерны, связанные с определенной культурой, вне зависимости, спит ли маленький ребенок с родителями или нет, имеют один общий аспект: важна материнская отзывчивость и реакция на малейшее беспокойство малыша или на сигнал бедствия (Benoit, Zeanah, Boucher & Minde, 1992). Дети устанавливают паттерны саморегуляции для еды, освобождения организма и сна при помощи родительской отзывчивости и внимания (Lyons-Ruth, Zenah & Benoit, 1996). Помните, что для маленьких детей ночное время может оказаться пугающим.

Далее мы рассмотрим, как из ключевых процессов сна возникают два основных типа расстройств сна — диссомнии и парасомнии.

ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ РАССТРОЙСТВ СНА

Считается, что начальные формы расстройств сна вызваны нарушениями в регуляции механизма сон—

бодрствование и несоблюдением режима сна. Эти формы расстройств противоположны проблемам сна, которые связаны с физическими или психическими расстройствами или с приемом лекарств. В справочном издании DSM-VI-TR начальные формы расстройств делятся на две основных категории: диссомнии и парасомнии (APA, 2000). **Диссомнии** — категория расстройств сна, связанных с засыпанием или внезапными пробуждениями. Подобные расстройства часто характеризуются недосыпанием, бессонницей и чувством разбитости после сна. При **парасомниях**, наоборот, поведенческие и физиологические «события» происходят во время сна. Если для диссомний характерны нарушения процесса сна, при парасомниях происходит физиологическое или когнитивное «пробуждение» в неподходящее время цикла «сон—пробуждение». Поэтому люди, страдающие этим расстройством, часто жалуются на необычное поведение: например на хождение во сне или на ночные кошмары, которые полностью лишают сна.

Критерии классификационного издания DSM-VI-TR не соответствуют полностью расстройствам сна у детей, так как эти расстройства преходящи (Anders & Eiben,). Вместо специальных критериев для детей обращайтесь к табл. 12.1 и 12.2, чтобы легче понять характерные черты различных расстройств сна и разницу между ними. Обратите внимание на два замечания, касающихся диагностических критериев: кроме симптомов, свойственных каждому из расстройств сна, перечисленных в табл. 12.1 и 12.2, диагностические критерии DMS для всех расстройств, связанных со сном, включают следующие:

- 1) наличие клинически значимого нарушения или ухудшения функционирования индивида в социальной, профессиональной или какой-либо иной важной области;
- 2) требование того, что расстройство сна не может быть объяснено другим психическим расстройством, прямым физиологическим воздействием кого-либо вещества или общим физическим состоянием (кроме расстройства сна, связанного с дыханием) (APA, 2000).

Эти критерии учитываются для всех расстройств, рассматриваемых в данной главе.

Диссомнии. Многие формы диссомний довольно распространены в определенные периоды развития и представляют собой нарушение объема, времени и качества сна. Анита, например, страдала от обычной детской формы бессонницы, которая связана с трудностью засыпания. К счастью, большинство подобных проблем решаются сами собой, когда ребенок взрослеет, особенно если родители знакомы с основными правилами, а именно — не кричать вечером на детей и строго соблюдать режим сна ребенка (Blader et al., 1997).

Таблица 12.1 содержит перечень детских диссомний. В большинстве формы диссомний — это болезни детства. Исключение составляет нарколепсия, которая проявляется довольно редко и в основном поражает подростков и взрослых. Расстройства сна,

связанные с дыханием, менее распространены, чем другие диссомнии, и могут поражать детей любого возраста как результат аллергии, астмы, тонзиллита и воспаления аденоидов, которые вызывают нарушения дыхания. Хотя диссомнии довольно распространены, они могут значительно повлиять на поведение и эмоциональное состояние детей, гораздо сильнее, чем на взрослых.

Протодиссомния и гиперсомния. Эти две проблемы, связанные со сном, влекут за собой трудности с удержанием сна и избыточный сон. Термин **протодиссомния** употребляется для того, чтобы отличить вышеприведенные проблемы сна у детей от первичной бессонницы, которая в основном характерна для взрослых (Anders & Eiben, 1997).

У младенцев и детей, начинающих ходить, возникают проблемы с засыпанием и удержанием сна (протодиссомния), тогда как дошкольникам иногда бывает трудно бодрствовать (гиперсомния). Обычно подобные проблемы разрешаются сами собой, но вмешательство оказывается полезным для тех семей, которые испытывают ситуативный стресс или где родители не знакомы с нормами развития ребенка.

Первичными признаками **гиперсомнии** у детей являются повышенная сонливость днем и увеличенное время ночного сна. Эти проблемы становятся заметными, когда ребенок идет в школу. Дети могут бороться, чтобы не заснуть, но в действительности можно позволить себе короткие моменты отдыха, называемые микросном. Подобные, не обращающие на себя внимания краткие периоды сна происходят в обстановке низкой активности, например на уроке или при просмотре телепередач (знакомо звучит?). Во время микросна глаза человека широко открыты, но взгляд стеклянный и невидящий. Ребенок может даже ответить на простой вопрос («Ты сделал математику, Фредди?») очень кратким «да», однако более сложные ответы могут оказаться несвязными и неуместными («домашнее задание видел вчера вечером делал математику по телевизору»). Ясно, что объем информации, которую ребенок мо-

жет получить в такой момент, равен нулю. Кроме того, детям с повышенной сонливостью днем могут ошибочно поставить диагноз расстройства дефицита внимания и гиперактивности или расстройства психологического развития из-за снижения способности к обучению и выполнению требований (Mindell et al., 1999).

Оба рассмотренных нарушения сна проявляются примерно в равной степени у девочек и мальчиков, а также у представителей различных социальных слоев (Anders & Eiben, 1997). Протодиссомния часто вызывается причинами, которые обычно могут нарушить или ухудшить сон, — это воспаление уха, простуда или зубная боль, поэтому родители понижают, почему их ребенок сонлив или нервозен.

Источником гиперсомнии у детей могут быть нарушения режима сна и его недостаточность (Carskadon, Wolfson, Acebo, Tzischinsky & Seifer, 1998). Проблемы со сном у младенцев и детей младшего возраста могут значительно осложниться к тому времени, когда дети достигают дошкольного возраста или идут в школу (Zuckerman, Stevenson & Bailey, 1987), но нет сведений о том, приводят ли эти ранние формы расстройства сна к диссомниям в дальнейшей жизни (Anders & Eiben, 1997).

Нарколепсия. Нарколепсия — это форма диссомнии, при которой во время бодрствования возникают приступы сна с быстрыми движениями глаз, длящиеся 10–20 минут, а иногда и до 1 часа, если человека не разбудить. Вместо того чтобы переходить через 4 стадии сна с медленными движениями глаз к стадии сна с быстрыми движениями глаз, люди с нарколепсией быстро переходят к форме сна со сновидениями, почти прямо из состояния бодрствования (помните, что во время сна с быстрыми движениями глаз мозг активен, а тело — нет). Человек начинает видеть сны, а некоторые просто находятся в привычной обстановке — сидят за рулем, разговаривают, посещают занятия в классе в состоянии частичного сознания. После каждого приступа человек чувствует себя отдохнувшим, но сонливость вновь появляется через 2–3 часа. Интересным примером нарколепсии является следующий случай:



Таблица 12.1
Диссомнии

Расстройство сна	Описание	Распространение и возраст	Лечение
Протодиссомния	Трудность засыпания или удержания сна; сон не восстанавливает силы; у детей неоднократные пробуждения ночью и трудность засыпания	25–50% детей от 1 года до 3-х лет	Поведенческое лечение, руководящая роль семьи
Гиперсомния	Жалобы на повышенную сонливость, что проявляется или в продолжительном ночном сне или в эпизодах дневного сна	Распространена у маленьких детей	Поведенческое лечение, руководящая роль семьи
Нарколепсия	Непреодолимые приступы освежающего сна днем, сопровождаемые краткими моментами снижения мышечного тонуса	Более 1% детей и подростков	Устройство, поддержка, психостимуляторы, антидепрессанты
Расстройства сна, связанные с дыханием	Нарушения сна, которые приводят к повышенной сонливости, или инсомнии, которые вызываются связанными со сном трудностями дыхания	1–2% детей дошкольного и младшего школьного возраста	Удаление миндалин и аденоидов
Расстройство циркадного ритма сна	Продолжающиеся или возникающие время от времени нарушения сна, которые приводят к повышенной сонливости или бессоннице из-за несоответствия режима сна и пробуждения, который требуется по обстоятельствам, и внутренним циклом сна индивида (циркадный ритм): поздний отход ко сну (после полуночи), трудность пробуждения по утрам, отсыпание по выходным, сопротивляемость к перемене режима	Точно неизвестно, примерно 7% подростков	Поведенческое лечение, хронотерапия

Марио: Постоянно хочет спать

Мать 7-летнего Марио обратилась в центр расстройств сна с жалобами на повышенную сонливость сына днем и на его способность засыпать почти в любой обстановке, несмотря на 10 часов ночного сна и на два дневных укладывания (один час и полтора часа). Отмечалось также, что во время смеха или возбуждения Марио вдруг ослабевал и иногда падал, хотя никогда не терял сознания. Сам мальчик утверждал, что по ночам в спальне видит лица людей, и во время таких эпизодов он не может двигаться.

История болезни Марио за прошлые годы была непримечательной, исключение составляли ветряная оспа и удаление миндалин в возрасте 6 лет. В семье тоже не было серьезных физических расстройств. Правда, мать утверждала, что она тоже часто засыпала днем, когда не была чем-либо занята, и при смехе теряла равновесие. При оценке паттернов дневного и ночного сна Марио была выявлена нарколепсия и назначено лечение. Через неделю у мальчика исчезла слабость мышц, в нем появилась живость, и ему стало легче вставать утром в школу. Через несколько месяцев мать попыталась отменить лекарства, но пришлось к ним вернуться, потому что симптомы возобновились (адаптировано из Wittig, Zorick, Roehrs, Sickelsteel & Roth, 1983).

Марио продемонстрировал несколько основных симптомов нарколепсии. Во-первых, у него были повторяющиеся, непреодолимые приступы сна,

которые, казалось, на короткое время позволяли ему чувствовать себя отдохнувшим. Во-вторых, Марио испытывал внезапную слабость из-за ослабления мышечного тонуса, при этом он иногда падал, но никогда не терял сознания. Мышечная слабость может быть легкой, например отвисшая челюсть, отяжелевшие веки, или более серьезной, как падения Марио. Подобная слабость обычно вызывается какой-то сильной эмоцией, такой как гнев или смех. В-третьих, Марио утверждал, что по ночам в спальне видит лица людей и при этом не может двигаться.

Эти симптомы служат признаками вторжения сна с быстрыми движениями глаз во время его перехода от сна к бодрствованию. Большинство детей время от времени заявляют о подобных симптомах, но, если симптомы повторяются, это может указывать на две характерные черты нарколепсии, которые связаны с вторжением сна с быстрыми движениями глаз, а именно: сонный паралич и гипнагогические галлюцинации. Сонный паралич происходит в начале или конце сна и влечет за собой короткий период, когда ребенок не может двигаться или говорить. Можно представить, насколько пугающи подобные моменты. Такими же устрашающими являются **гипнагогические галлюцинации** — глубокие, сноподобные образы, которые являются чрезвычайно реалистичными, поскольку человек вплетает в них элементы своего реального окружения, нечто вроде виртуальной действительности. Иногда дети, подобно Марио, не только видят лицо, но и верят, что «человек из сна» двигается и говорит с картины на стене или дергает их за пижаму. Не объясняют ли эти явления те реальные и страшные рассказы людей,

которые утверждают, что были похищены пришельцами (Spanos, Cross, Dickson & DuBreuil, 1993)?

Нарколепсия редко встречается у детей и подростков, поражая лишь 4–7 человек из 10 000. Обычно она встречается в позднем подростковом возрасте и ранней юности (Anders & Eiben, 1997). Однако известно, что симптомы нарколепсии сопутствуют детской депрессии и поведенческим проблемам и могут пройти незамеченными (Guilleminault & Pelayo, 1998).

Нарколепсия является наследственным неврологическим расстройством, которое воздействует на способность человека входить в сон с быстрыми движениями глаз и выходить из него (Dahl, Holttum & Trubnick, 1994). Скелетные мышцы во время сна с быстрыми движениями глаз расслабляются, что предохраняет индивида от повреждения себя или спящего рядом соседа во время слишком возбуждающих снов. Некоторым образом гипнагогические галлюцинации похожи на нормальные образы сна с быстрыми движениями глаз; разница заключается в том, что люди с нарколепсией испытывают эти симптомы до того, как полностью заснут. Если сказать проще, нарколепсия — это нарушение физиологии сна с быстрыми движениями глаз; такой сон соответствует особому времени ночи, но он может наступать в неправильное время, в неправильном месте (Dahl et al., 1994).

Расстройства сна, связанные с дыханием. Некоторые дети испытывают проблемы со сном просто оттого, что у них нарушено дыхание. Мы все переживали временные или частичные нарушения сна во время сильной простуды — дыхание заблокировано, и мы просыпаемся снова и снова, чтобы его восстановить. Некоторые дети и взрослые постоянно испытывают подобные нарушения из-за физических расстройств. Если дыхание полностью прекращается на время от 10 секунд до 2 минут, о человеке говорят, что у него **синдром затрудненного сна с одышкой**, наиболее распространенная форма расстройства сна у детей, связанного с дыханием (Hansen & Vandenberg, 1997). Синдром затрудненного сна с одышкой вызывается сужением дыхательного пути и затруднением движения воздуха. Считается, что этим расстройством страдают 1–2% детей и взрослых (American Sleep Disorders Association [ASDA], 1990). Для синдрома затрудненного сна с одышкой характерны громкий храп и хватание ртом воздуха, что сменяется периодами покоя, которые обычно длятся 20–30 секунд. Дети могут стать возбужденными или беспокойными, обмочиться в постели или принять во сне необычные позы, например на локтях и на коленях, чтобы облегчить дыхание (APA, 2000). Поставить диагноз помогает установка магнитофона рядом со спящим ребенком, чтобы выявить паттерны ненормального дыхания. У маленьких детей синдром затрудненного сна с одышкой чаще всего возникает из-за увеличенных миндалин и аденоидов, которые можно удалить и восстановить нормальное дыхание. Из-за нарушенного сна дети с синдромом затрудненного сна с одышкой, а также их родители

и учителя часто сообщают о дневной усталости, невнимательности, беспокойном, а иногда и гиперактивном поведении, и об ослаблении познавательных функций. По этим причинам различные симптомы, связанные с детской формой затрудненного сна с одышкой, могут быть легко спутаны с симптомами других детских расстройств, таких как оппозиционное расстройство поведения и синдром гиперактивности и дефицита внимания (Hansen & Vandenberg, 1997).

Расстройство циркадного ритма сна. Это расстройство сна у подростков считается распространенным, но преходящим, оно заключается в том, что человек не может заснуть в установленное время и вовремя проснуться. Можно представить, что родителей начинает беспокоить, когда ребенок долго не ложится спать, плохо встает по утрам, зеваает на уроках и часто засыпает днем. Подростки говорят, что не могут заснуть в течение одного или двух часов, даже если ложатся спать после полуночи. Заснув, они спят утром значительно дольше назначенного времени.

Расстройство циркадного ритма сна — это, по существу, разлад между внутренним циклом сна (циркадный ритм) и внешними возможностями и требованиями. Циркадные ритмы — это повседневные паттерны, управляющие регулярностью и объемом сна и бодрствования, которые подсказывают, когда человеку требуется спать, но эти паттерны могут быть нарушены вынужденным распорядком дня. В нормальном состоянии эти ритмы поддерживаются биологическими «часами», расположенными в гипоталамусе, которые регулируются длиной светового



Синдром внезапной смерти ребенка является загадочным расстройством, которое губит только младенцев и детей, начинающих ходить, в основном во сне. Считается, что ребенок подвержен риску внезапной смерти, если кто-нибудь из братьев или сестер умер от этого расстройства, или когда у ребенка наблюдается расстройство дыхания по ночам. Могут быть использованы специальные датчики, чтобы немедленно насторожить родителей, если ребенок перестает дышать.

дня. Как и другие функции тела, названные ритмы могут стать нерегулярными, если мы игнорируем или изменяем их. Нарушения циркадных циклов обычны в повседневной жизни подростков, студентов, путешественников, работающих по сменам, а также родителей новорожденных и могут стать для некоторых хронической проблемой (Wolfson & Carskadon, 1998).

Нарушения в циркадных ритмах могут вызывать значительные проблемы. Длительные периоды бодрствования или постоянная нерегулярность сна могут выйти из-под контроля и превратиться в расстройства циркадного ритма сна, которые могут сохраняться от нескольких месяцев до нескольких лет. Ложиться спать все позднее и позднее становится устойчивой привычкой. Подростки часто пытаются восполнить недостаточность сна по выходным, что, как отмечалось ранее, вполне приемлемо в скромных пределах, но такой способ может разрушить биологические часы, если продолжается слишком долго. Иногда поврежденные биологические часы могут привести к тому, что синдром фазы позднего сна может сохраняться даже тогда, когда восстановлен нормальный его объем, и недостаточность сна уже не беспокоит (Anders & Eiben, 1997).

Парасомнии. Представьте, что вы только что легли спать после встречи Нового года, когда внезапно просыпаетесь от ужасного крика 3-летней дочери Дженни. Вы кидаетесь, чтобы узнать, что случилось, но она отталкивает вас, выкрикивая: «Уходи, уходи!» Когда вы вынимаете ее из кроватки, она смотрит на вас, но, кажется, не узнает. Понимая ее страх, вы пытаетесь взять дочку на руки, чтобы успокоить, но она бьет вас по лицу ногой, царапается и кричит

злым голосом: «Отпусти меня!» Она кажется напуганной, но все, что вы пытаетесь предпринять, только осложняет дело. На следующее утро у Дженни нет никаких воспоминаний об охватившем ее ночном страхе (этот пример взят из реальной жизни одного из авторов данной работы). В раннем дошкольном возрасте у Дженни было несколько случаев беспокойного пробуждения, но с возрастом она избавилась от них.

Парасомнии чаще всего беспокоят детей младшего и среднего возраста, и можно от себя добавить, что их несколько легче определить благодаря более известным срокам появления и личному опыту. Парасомнии включают **ночные кошмары** (неоднократные пробуждения из-за страшных снов, которые обычно запоминаются), **ночные страхи** (внезапные пробуждения, сопровождающиеся возбуждением вегетативной нервной системы, но без воспоминаний) и **хождение во сне** (человек встает с кровати и ходит по помещению, причем на следующий день об этом не помнит). Ночные кошмары относятся к парасомниям фазы сна с быстрыми движениями глаз, потому что возникают во время сновидения, обычно во вторую половину ночного сна. Ночные страхи и хождение во сне, наоборот, *считаются парасомниями*, связанными с возбуждением, так как они возникают во время глубокого сна в первую треть ночного цикла сна, когда человек так глубоко засыпает, что не может проснуться и ничего не помнит на следующее утро (ASDA, 1990). К счастью, с парасомниями, как и с диссомниями, дети расстаются с возрастом, или нарушения сна исчезают, не успев перейти в хроническое состояние, которое мешает в повседневной жизни. Характерные особенности расстройств сна, называемых парасомниями, представлены в табл. 12.2.

Таблица 12.2
Парасомнии

Расстройства сна	Описание	Распространение и возраст	Лечение
Парасомнии фазы сна с быстрым движением глаз			
Ночные кошмары	Множественные пробуждения с детализированным воспоминанием длительных и чрезвычайно пугающих снов, обычно с угрозой жизни, безопасности и самоуважению	Обычны в возрасте от 3-х до 6-ти лет	Обеспечение покоя, снижение стресса
Парасомнии, связанные с возбуждением			
Ночные страхи	Множественные внезапные пробуждения, обычно во время первой трети основного цикла сна, начинающиеся с панического крика; возбуждение вегетативной нервной системы, сердцебиение, потливость, потеря голоса, остекленевший взгляд, трудность проснуться, безутешность, дезориентация, отсутствие воспоминания о сновидениях утром	3% детей в возрасте от 18 месяцев до 6-ти лет	Снижение стресса и усталости, дополнительный поздний дневной сон
Хождение во сне	Множественные вставания с постели по ночам и хождение по помещению от 5 секунд до 30 минут, обычно во время первой трети основного цикла сна; плохая координация, трудно проснуться, дезориентация; по утрам нет воспоминаний	15% детей испытывают один приступ; 1–6% от 1 до 4 приступов в неделю; возраст 4–12 лет, редко случается в подростковом возрасте	Обеспечение безопасности, снижение стресса и усталости, дополнительный поздний дневной сон

Ночные кошмары (парасомнии во время фазы сна с быстрыми движениями глаз). Ночные кошмары внезапно возникают во время фазы сна с быстрыми движениями глаз, человек пробуждается от пугающих или беспокоящих снов. Можно предполагать, что глубина и частота ночных кошмаров часто зависят от стрессов, особенно травматических, а также от происшествий, вызвавших сильное эмоциональное возбуждение. Ночные кошмары обычно появляются у детей в возрасте от 3 до 6 лет и охватывают 10–50% детей этой возрастной группы. Они бывают достаточно тяжелыми и беспокоят как самих детей, так и окружающих. Ночные кошмары дошкольников связаны со страхом наказания или насильственной смерти (Muris et al., 2000). Приходится удивляться, почему во многих детских стихах и рассказах обращается внимание на подобные страхи? Детский психолог Бруно Беттельхейм (Bruno Bettelheim) (1976) объясняет, как такие рассказы могут помочь детям выразить свои страхи и фантазии и справиться с ними.

Ребенок любит сказки не за те образы, которые он в них находит, и которые подтверждают то, что с ним происходит, а за то, что несмотря на гнев и беспокойные мысли, которые рождают в нем сказки, в этих сказках всегда счастливый конец, чего ребенок не может представить в своей жизни (стр. 123).

Ночные страхи и хождение во сне (парасомнии, связанные с возбуждением). Ночные страхи (как у Дженни) и хождение во сне относятся к группе расстройств, связанных с возбуждением, потому что у них много общего, а именно: относительное отсутствие реакции на внешние стимулы, трудность просыпания, умственное замешательство или дезориентация при пробуждении или ретроградная амнезия (отсутствие воспоминания о произошедшем событии) на следующее утро. Расстройства, связанные с возбуждением, обычно проявляются в определенное

время, обычно в первые 3 часа после начала сна. Это время, когда сон индивида переходит от IV-й стадии сна с медленными движениями глаз к фазе с быстрыми движениями глаз. Вместо того чтобы мягко совершить этот обычный переход ко сну с быстрыми движениями глаз, ребенок вдруг становится возбужденным и напуганным и, как Дженни, может с криком сесть в постели, глядя невидящим остекленевшим взором и тяжело дыша.

Во время приступа ночного страха дети безутешны, им трудно проснуться, а когда просыпаются, то могут быть смущенными и дезориентированными. Обычно спустя несколько минут дети успокаиваются, засыпают и на следующий день ничего не помнят о случившемся. Около 3% детей испытывают ночные страхи. Возможно, процент распространения этого расстройства несколько выше, так как сообщается не обо всех случаях (Anders & Eiben, 1997).

Хождение во сне, которое проявляется в более позднем возрасте, чем ночные страхи, от 4-х до 12-ти лет, очень похоже по проявлению и происходит в то же переходное время цикла сна. Во время ночного хождения движения индивида плохо координируются, а направление движения не имеет цели (возможно, это рассказы или, по крайней мере, очень редкие случаи, когда бродящие неумышленно направляются к холодильнику). Так как эти расстройства пробуждения происходят во время сна с медленными движениями глаз, то человек не видит снов и ничего не помнит. Около 15% детей испытывают однократное ночное хождение в детстве, тогда как 1–6% испытывают подобные приступы каждую неделю (Anders & Eiben, 1997).

Хождение во сне и ночные страхи связаны с возбуждением центральной нервной системы, особенно, активизацией моторной и вегетативной нервных систем. Дети, возможно, наследуют подобную способность, так как семейные истории о ночных страхах или хождениях по ночам сообщают 80% индивидов, обращающихся за помощью с подобными проблемами (APA, 2000). Ночные страхи чаще проявляются у мальчиков, чем у девочек, но к юности

Таблица 12.3
Сравнение ночных страхов и ночных кошмаров

	Ночные страхи	Ночные кошмары
Время ночи	Рано, обычно в течение 4-х часов сна	Поздно
Состояние при пробуждении	Дезориентирован, смущен	Расстроен, напуган
Реакция на родителей	Не осознают их присутствия, не поддаются утешению	Успокаиваются
Воспоминания о произошедших событиях	Никаких, возможны при полном пробуждении	Яркое воспоминание о сновидениях
Возврат ко сну	Обычно быстро, не смотря на полное пробуждение	Возврат ко сну часто откладывается из-за страха
Стадия сна	Частичное пробуждение при глубоком сне с медленными движениями глаз	Сон с быстрыми движениями глаз

Источник: N. J. Blum & Carey, 1996.

это соотношение выравнивается. К счастью, расстройства, связанные с возбуждением, редко ассоциируются с психопатологией у детей и взрослых, обычно они исчезают по мере взросления ребенка, особенно при поддержке и понимании родителей.

Легко отличить ночные кошмары от ночных страхов (табл. 12.3). Ночные страхи случаются в ранней стадии сна, они не сопровождаются мысленными образами — ребенок среди приступа ночного страха с криком просыпается и ничего не помнит утром. Ночные кошмары, наоборот, случаются поздно ночью, обычно в последнюю треть цикла сна, когда преобладает сон с быстрыми движениями глаз.

Лечение

Протодиссомнии у младенцев и маленьких детей часто исчезают сами по себе, но некоторым родителям, которые каждую ночь просыпаются из-за крика ребенка, кажется, что это ожидание будет вечным. Если процесс засыпания и удержания сна становится проблемой, то цель поведенческого вмешательства — научить родителей внимательно относиться к нуждам детей, уметь успокоить и убедить ребенка в нереальности произошедшего, но при этом с каждым разом все быстрее исчезать из комнаты, пожелав ребенку спокойной ночи (это пример угасания, так как родители стараются не показывать своего внимания).

Родителей следует научить, как создать подходящую для ребенка гигиену сна, соответствующую стадии его развития и культурным ценностям семьи. Иногда используются поощрительные методы в виде похвалы или обещания игрушек как награды за старания ребенка соблюдать режим сна (Bootzin & Rider, 1997).

Гигиена сна может отвлечь от причины нарушения сна и привлечь к участию других членов семьи для осуществления выбранного режима. Например, индивидуальный порядок перед сном может включать чтение или спокойные игры, что обеспечивает безмятежный переход ко сну, а отход ко сну и утренний подъем в строго определенное время помогают установить постоянный режим (N. J. Blum & Carey, 1996). План лечения Аниты, например, предполагал использование поведенческого вмешательства (контроль за стимулами и релаксацией), что устанавливало режим сна, рассчитанный на снижение процесса мышления и активности как типов беспокойства, которые могли помешать засыпанию.

Режим сна Аниты

Лечение Аниты начиналось с ее разубеждения в том, что от недостатка сна ей грозит серьезное заболевание. Она получила план, как организовать режим сна (инструкции по контролю за стимулами), и ее попросили вести ежедневный дневник сна, где нужно было отмечать свои успехи. Как выяснилось, отец каждый вечер ругал дочь из-за того, что она не спит, что оказывало противоположное действие: Аниту больше беспокоило то,

что от недостатка сна она может чем-нибудь заболеть. Инструкции были составлены в соответствии с подходящим для Аниты режимом сна. В первых, ей сказали, чтобы в постели она не читала, не делала уроки, не волновалась — постель только для сна. Она ложилась спать каждый вечер в 9 часов, и если не могла заснуть в течение получаса или просыпалась среди ночи на 15–30 минут, должна была встать с кровати, идти в общую комнату и находиться там в течение получаса или до тех пор, пока не почувствует сонливость. Затем возвращалась в кровать и делала релаксационные упражнения. Если опять не удавалось уснуть, девочка должна была встать с кровати столько раз, сколько было нужно. Также ей надо было каждое утро просыпаться в одно и то же время. Спустя 3 недели с начала проведения программы Анита начала засыпать менее чем через 20 минут, и больше не беспокоилась, что может заболеть. Их отношения с отцом наладились (адаптировано из Bootzin & Chambers, 1990).

Нарколепсия — это единственная форма диссомнии, при лечении которой дополнительно к поведенческому вмешательству часто требуется лекарственная терапия, как отмечалось в случае с Марио. Трициклические антидепрессанты могут использоваться для контроля за симптомами снижения мышечного тонуса и сонного паралича во время сна с быстрыми движениями глаз, так как эти лекарственные препараты способны подавлять сон с быстрыми движениями глаз (Bootzin & Chambers, 1990). Психостимулирующие лекарства, такие как риталин (Ritalin), также могут использоваться для контроля за избыточным дневным сном и приступами сонливости (Anders & Eiben, 1997). При этом особенно важно соблюдение определенного времени отхода ко сну и подъема, а также регулярность дневного сна (20–30 минут 2 или 3 раза в день) И, наконец, психосоциальная поддержка и консультация, особенно группы поддержки, помогают пациентам и членам семей понять симптомы нарколепсии и успешно с ними справиться.

При лечении циркадного режима сна требуется заинтересованность самого подростка и поддержка семьи, потому что не существует ни короткого пути, ни лекарств, которые могли бы легко восстановить нарушенный цикл сон—пробуждение. При поведенческом вмешательстве стоит двойная цель: сократить недостаточность сна и восстановить нормальный режим сна—пробуждения. Подростка просят соблюдать режим сна—пробуждения, а также активности в течение дня, и он должен ложиться спать и вставать в строго определенное время. Если начать лечить это расстройство в ранней стадии, то подобные поддерживающие поведенческие методы часто оказываются эффективными.

В более серьезных случаях показана хронотерапия — регулирование биологических часов (Bootzin & Chambers, 1990; Piazza, Hagopian, Hughes &

Fisher, 1998). Применяется один из методов хроно-терапии — *задержка фазы*, при которой каждый день задерживают на 1–2 часа время отхода ко сну и время подъема. Через несколько недель задержка сдвигает время отхода ко сну и время начала сна. Лечение прекращается, когда это время приближается к 10–11 часам вечера.

Метод лечения — *ускоренная фаза*, или установка биологических часов вперед, тоже может восстановить циркадный цикл при постепенном сдвиге отхода ко сну раньше на 15 минут каждые несколько дней. Хотя подобный подход менее изнурителен, чем метод задержки фазы, улучшение при засыпании наступает постепенно, возможно, на 15–30 минут за неделю (Anders & Eiben, 1997).

В отличие от лечения некоторых диссомний, парасомнии у детей и подростков не требуют длительного лечения, особенно если случаи нарушения сна происходят нечасто. Лечение ночных кошмаров заключается в обеспечении покоя в тот момент, когда случаются кошмары, и в использовании каждой возможности для снижения дневных стрессов. Если ночные кошмары и ночные страхи случаются постоянно и в тяжелой форме, то причина этому — напряжение в школе, конфликты в семье или эмоциональные расстройства (Sadeh et al., 2000). Если у ребенка подрастают снохождения, то родителей обычно просят записать эпизоды хождений дома с помощью видеокамеры. Если ночные хождения подтверждаются, то родителям следует принять меры предосторожности, чтобы ребенок не пострадал, падая или натыкаясь на вещи. Из-за возможности возникновения пожара или каких-либо происшествий детей никогда нельзя запирают в их комнате. Из-за повышенной усталости или необычных стрессов в течение дня, которые способствуют ночным хождениям, некоторым детям может быть полезен короткий дневной сон.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Расстройства сна важно учитывать в детской психопатологии, так как они похожи на многие симптомы основных психических расстройств и часто сопровождают их.
- Расстройства сна могут вызывать психологические проблемы, возможно, это результаты каких-либо других расстройств или симптомы травмы или стресса в жизни ребенка.
- Нормальные стадии сна включают циклические паттерны активности мозга, которые сменяются между фазой сна с быстрыми движениями глаз и фазой с медленными движениями глаз. Активность мозга самая высокая во время сна с быстрыми движениями глаз и относительно спокойная, медленная и синхронизированная во время сна с медленными движениями глаз.
- Диссомнии — это расстройства сна, связанные с засыпанием и удержанием сна. К диссомниям

относятся: протодиссомния, гиперсомния, нарколепсия, расстройство сна, связанное с дыханием, и расстройство циркадного ритма сна.

- Парасомнии — это расстройства сна, при которых поведенческие и психологические события мешают сну и возбуждают спящего. К парасомниям относятся ночные кошмары, ночные страхи и хождение во сне. Часто прослеживается генетическая предрасположенность при расстройствах возбуждения и фазы сна с быстрыми движениями глаз.
- Хотя большинство диссомний и парасомний привычны для детского возраста и часто проходят сами по себе, когда дети взрослеют, они оказывают негативное воздействие на повседневную активность и адаптацию ребенка. В эффективное психологическое лечение большинства детских расстройств сна включается установление и соблюдение режима сна.

РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ОСВОБОЖДЕНИЕМ ОРГАНИЗМА

«I ступень: перед тем как начать, избавиться от упрямства вашего ребенка». Эти указания содержались в популярном руководстве по приучению ребенка к туалету, написанном несколько лет тому назад, и явно без тени иронии. Из поколения в поколение родители полусхотливо считают приучение ребенка к ванне, а особенно к туалету, «полем боя», где родительские права сталкиваются с противодействием ребенка (M. D. Levine, 1982). Обучение ребенка пользоваться туалетом является одной из важнейших задач, стоящих перед родителями, но вряд ли это является основанием для повышенного внимания к этой теме, которая отразилась в ранних работах по детской психопатологии.

Благодаря лучшему пониманию, а также биологической и психологической поддержке при расстройствах, связанных с освобождением организма, внимание отвлекается от личности ребенка или эмоциональной травмы. Однако иногда проблемы, связанные с туалетом, благополучно сохраняются с возрастом, когда большинство детей получают свободу и независимость от этих проблем. Проблемы, связанные с освобождением организма, могут превратиться в бедствие, стать хроническими и мешать детям в школьной и социальной жизни: жизнь в лагере, сон вне дома и так далее. В исключительных случаях трудности с туалетом могут привести к физическому насилию над ребенком (R. C. Herrenkohl, Herrenkohl & Egolf, 1983).

Существует два типа детских и подростковых проблем, связанных с освобождением организма, — это энурез — непроизвольное мочеиспускание днем и ночью, и энкопрез — выделение кала в неподходящем месте или на пол. Детские психологи изучают и лечат проблемы, связанные с освобождением орга-

низма, так как эти проблемы могут оказывать сильное влияние на развитие самооценки у детей и на их способность адаптироваться к своему окружению. Хотя большинство детей к 10 годам избавляются от энуреза или энкопреза, они могут долго страдать от смущения и непринятия со стороны сверстников, которое им пришлось испытать. К счастью, в большинстве случаев эти проблемы можно смягчить с помощью педагогики и привлечения родителей и детей, для того чтобы научить воспринимать эти расстройства как одну из областей детской психопатологии, где ранние обращения за помощью и лечением могут избавить от последствий в будущем.

ЭНУРЕЗ

Около 7 миллионов детей в Соединенных Штатах и Канаде каждый вечер проходят через одну и ту же процедуру: выключают свет, ложатся спать и мочатся в постель. В большинстве случаев дети не могут контролировать мочеиспускание, но иногда это делается намеренно. Хотя эта проблема относительно привычна, она создает трудности и для родителей, и для детей.

Заботы об избавлении детей от энуреза в течение поколений занимали профессионалов и родителей. Ниже приводятся слова «отца английской педиатрии» Томаса Фэйера (Thomas Phaer) из его книги *Boke of Children* (1544), объясняющие врачам пользу раннего лечения.

О мочеиспускании в постели

Часто слабость почек или мочевого пузыря беспокоит как пожилых людей, так и детей, когда во время сна или бодрствования против их воли выделяется моча, и они бессильны ее удержать, но если хотят, чтобы им помогли, то должны полностью исключить жирную пищу до полного восстановления и принимать этот порошок в пищу и в жидкостях (цитата из книги Glicklich, 1951, стр. 862).

«Порошок» делался из горла петуха или «из семян колочки». Это лекарство казалось более щадящим способом избавления от энуреза по сравнению с «просвещенными» механическим и хирургическим подходами, которые появились в XVIII в. В то время применялись металлические скобки (сострадательно обернутые бархатом), которые препятствовали мочеиспусканию, стальные шипы подкладывались под спину ребенка, чтобы он не мог спать на спине, так как считалось, что эта поза стимулирует функции мочевого пузыря во время сна. Если вы не хотели подвергать своего ребенка этим испытаниям, можно было выбрать другие формы лечения. Такие лекарства, как стрихнин, белладонна, пластырь на крестец, а также гидроксид хлора использовались,

по-видимому, для стимуляции мочевого пузыря (несмотря на их ядовитость), также применялось прижигание прохода испускающего канала (частично закрытого) нитратом серебра, чтобы сделать его более мягким и податливым для протока мочи (Glicklich, 1951). Во многих отношениях лечение энуреза на протяжении истории отражает полное непонимание нужд и проблем детей того времени. Так как почти все дети примерно до 5 лет испытывают случаи мочеиспускания в постели, в DSM-IV-TR снижены критерии, отражающие природу этого расстройства, связанную с развитием. В критериях ставится условие, чтобы проблема проявлялась довольно часто (не менее 2-х раз в неделю в течение 3-х месяцев подряд) или сопровождалась несчастным случаем или ухудшением деятельности в социальной, учебной или другой важной жизненной сфере. Возраст 5 лет был выбран как отметка в развитии, когда большинство детей способны регулировать эту функцию организма. И, наконец, мочеиспускание в постели и на одежду не должно быть вызвано исключительно общим физическим состоянием или быть результатом приема диуретиков (лекарства, которые снижают задержку мочи).

По классификации DSM-IV-TR, различается три подтипа энуреза (APA, 2000). *Ночной энурез* (только ночью) — наиболее распространен, при нем мочеиспускание случается только во время ночного сна, обычно в первую треть ночи. Иногда ребенок видит во сне, что он мочится, что указывает на то, что мочеиспускание случилось во время сна с быстрыми движениями глаз. *Дневной энурез* (только днем) определяется как выделение мочи во время бодрствования, чаще всего в первую половину учебного дня (APA, 2000). Дневной энурез более распространен у девочек, чем у мальчиков, и не встречается после 9 лет. Предполагаемые причины проявления дневного энуреза — нежелание пользоваться туалетом из-за социальной тревожности или из-за увлеченности школьными делами. И, наконец, *ночной и дневной энурез* могут встречаться вместе.

Распространение и течение. Около 7% восьмилетних детей мочатся в постели (Fergusson, Horwood & Shannon, 1986). У мальчиков чаще, чем у девочек, в младшем школьном возрасте энурез становится наиболее распространенной проблемой. Частота энуреза быстро сокращается с возрастом ребенка: к 10 годам только 3% мальчиков и 2% девочек страдают от этого заболевания, к позднему подростковому возрасту снижение доходит до 1% у мальчиков и менее 1% у девочек (Houts, Berman & Abramson, 1994). Дневной энурез распространен значительно реже: около 3% шестилетних детей страдают от дневного энуреза (Harbeck-Weber & Peterson, 1996).

Обе формы энуреза больше распространены в низших социальных слоях, среди менее образованного населения, а также у детей, посещающих какие-либо общественные учреждения, возможно из-за изменения повседневного режима ребенка и дополнительных стрессоров, связанных с окружающей обстановкой (APA, 2000).

Примерно у 80% детей с энурезом проявляется *первичный энурез*, так как они никогда не подвергаются постоянному ночному контролю, по крайней мере, 6 месяцев подряд. Считается, что первичный энурез начинается с 5 лет. Вторичный энурез встречается у детей, у которых уже установилось удержание мочи, но затем возник рецидив, обычно между 5-ю и 6-ю годами (APA, 2000). Вторичный энурез менее распространен, чем первичный. Детям со вторичным энурезом обычно требуется больше времени для достижения начальной стадии удержания мочи ночью, или же они сталкиваются с более стрессовыми жизненными ситуациями (Houts et al., 1994).

Большинство детей со временем перестают мочиться в постели, но для тех, кто не может справиться с этим самостоятельно, очень помогает лечение.

Можно представить, какие проблемы возникают у этих детей, когда одноклассники узнают, что те мочатся прямо на уроке или во время сна. Обычной реакцией сверстников на эту малоприятную проблему является то, что детей дразнят, дают им прозвища, не играют с ними. Хотя энурез является физическим проявлением, он часто сопровождается психологическим нарушением. Глубина подобного нарушения зависит от трех характерных черт, связанных с природой энуреза: 1) ограничения в социальной активности (невозможность спать вне дома); 2) влияние на самооценку, включая степень социального ostracизма со стороны сверстников и 3) реакции родителей (гнев, наказание, отчуждение) (Houts et al., 1994).



Неприятно просыпаться в мокрой постели, при плохом уходе это может повлиять на уверенность ребенка в себе.

Некоторые родители мало знают о природе энуреза и реагируют на его проявление наказанием и унижением ребенка. К счастью, эти последствия не неизбежны и недолговечны. Многие дети с энурезом в состоянии восстановить самооценку и отношения со сверстниками несмотря на испытываемые время от времени смущение или тревожность в связи со своей проблемой. Для других положительное воздействие на самооценку и отношения со сверстниками оказывает лечение (L. Smith, Smith, & Lee, 2000).

Причины и лечение. Детям с ночным энурезом необходимо ходить ночью в туалет, но они не могут вовремя проснуться. К 5-ти годам большинство детей прекращают мочиться по часам, как они это делали в младенчестве, и просыпаются при позывах к мочеиспусканию. У детей, которым по-прежнему надо мочиться по ночам, может не хватать *антидиуретического* гормона. Этот гормон помогает гнущать мочу во время ночного сна, то есть уменьшать в ней содержание воды, а поэтому сокращается ее количество. У здоровых детей уменьшенное количество мочи не переполняет мочевой пузырь за время сна, кроме тех случаев, когда дети избыточно пьют на ночь. Однако у некоторых детей с энурезом содержание антидиуретического гормона во время сна не повышается (Norgaard, Pederson & Djurhuus, 1985). Моча продолжает накапливаться в большем объеме, чем может вместить мочевой пузырь, и если детям не удастся проснуться, то в результате — мокрая постель. Тот факт, что дети с энурезом не могут проснуться, когда им надо помочиться, можно объяснить биологическими факторами и факторами развития. Дети старшего возраста и подростки способны почувствовать ночью наполненный мочевой пузырь, что активизирует нервный импульс от мочевого пузыря в мозг. Этот сигнал может вызвать сновидения о воде или о том, как ребенок идет в туалет, от чего он обычно и просыпается. Этот сигнальный механизм развивается только в раннем детстве, поэтому понятно, что младенцы не имеют возможности установить момент, когда им надо мочиться. У некоторых детей с энурезом обнаруживается недостаточное развитие в мозге этого сигнального управления (Ornitz et al., 1999).

Считается, что наиболее известный первичный энурез вызывается не стрессом или детским упрямством. Здесь усматривается проявление наследственности. Если у обоих родителей был энурез, то у 77% их детей тоже энурез; если только у одного из родителей был энурез, то 44% их потомков также будут страдать энурезом. Если же ни у кого из родителей не было подобной проблемы, то только у 15% детей может развиться энурез. Сравнительный процент энуреза у монозиготных (68%) и дизиготных (36%) близнецов тоже подтверждает эту связь (Bakwin, 1973).

Лечение детей от ночного энуреза — наиболее изученная тема среди других психологических вмешательств в детские проблемы (Houts et al., 1994) За несколько десятилетий в десятках работ изуча-

лись перспективные поведенческие методы; одновременно в других работах исследовались фармакологические препараты. Мы считаем, что наиболее успешными являются две формы вмешательства, которые часто соединяются с клинической практикой: обучающие поведенческие методы, в которых используются или сигнальный звонок (классическое обусловливание), или подкрепляющие обстоятельства (оперантное обусловливание), чтобы научить контролю за мочевым пузырем, а также фармакологическое лечение, включающее аэрозольный препарат для носа, который повышает наличие антидиуретического гормона ночью.

Стандартное поведенческое вмешательство, основанное на классических принципах обусловливания, заключается в использовании будильника, который звенит при первом обнаружении мочи. Авторами будильников при энурезе являются О. Н. Mowrer и W. M. Mowrer (1938), которые первыми изобрели «звонок и прокладку» (работающее на батарееках устройство, которое издавало громкий звук, как только капля мочи замыкала электрическую цепь). Эти устройства были безопасными и наиболее эффективными при лечении. Современные сигнальные будильники включают сенсор влажности, который пристегивается к пижаме ребенка, и небольшой датчик сигнала, закрепляемый на плече, чтобы его разбудить. Капля мочи замыкает электронную цепь, вызывая пронзительный сигнал, что заставляет ребенка напрячься и непроизвольно прекратить мочеиспускание. Недостаток этого метода заключается в непопулярности громкого сигнального звука у домашних. Некоторые дети не слышат сигнала, но такие сони часто выигрывают. Чтобы сигнал подействовал, взрослые должны разбудить ребенка, что не всегда бывает просто, отвести его в туалет, дожидаясь, пока он освободится от мочи, и вновь установить сигнальное устройство. Если тщательно соблюдать этот ритуал, то через 4–6 недель сигнал будет сразу будить ребенка, а через 12 недель ребенок сам справится с ночным контролем мочевого пузыря, и сигнальное устройство ему больше не понадобится.

Другой поведенческий метод основан на принципах оперантного обусловливания и заключается в вариациях тренинга «сухая кровать». Дети, как и взрослые, охотнее просыпаются, если день обещает быть интересным и волнующим, если впереди ждут награды и подарки, — воспользуйтесь этим. Метод тренинга «сухая кровать» был первоначально разработан как короткое, но интенсивное вмешательство в ответ на неудачу родителей с утомительным и длительным методом звукового сигнала (Azrin & Foxx, 1974). Во время единственного посещения кабинета психолога родители получали инструкции, как тренировать контроль за удержанием мочи. Тренировка заключается в том, чтобы давать ребенку много пить в течение дня, а мочеиспускание затягивать как можно дольше (в попытке усилить контроль за мочевым пузырем), ночью по часам будить ребенка, чтобы проводить в туалет, обязательно вымыть его при нечаянном мочеиспускании (смена постельного белья и пижамы) и поощрительная поддержка

при удержании мочи в «сухие» ночи. Эта методика применяется в течение 1–2 недель. В предыдущем исследовании этого метода сообщалось об очень низком проценте неудач и рецидивов (Azrin, Thienes-Hontos & Besalel-Azrin, 1979), но дальнейшие исследования показали, что сигнальный звонок при появлении мочи часто является необходимым дополнением, чтобы быстро добиться начального удержания мочи (Bollard & Nettelebeck, 1981).

Методы тренировки «сухой постели» в сочетании со звуковым сигналом (их относят к современному *полному спектру домашней тренировки*) все еще находят применение, заканчиваясь удачным результатом для 3-х из 4-х детей, а рецидивы спустя 1 год составляют 21% (Whelan & Houts, 1990). В менее тяжелых и длительных случаях первичного энуреза бывает достаточно простых поощрений, таких как призовые игрушки или поощрительные жетоны, для того чтобы ребенок ответственно относился к контролю мочевого пузыря по ночам. Другим детям может потребоваться сигнальный звонок, чтобы получить нужный результат, а их родителям необходим профессиональный мониторинг, чтобы помочь придерживаться методов тренировки.

В 1980-х годах появился десмопрессин (desmopressin), синтетический антидиуретический гормон для лечения энуреза. Десмопрессин — это простой аэрозольный препарат, который применяется перед сном. В течение нескольких дней около 70% детей, пользующихся десмопрессином, могут перестать мочиться по ночам, а еще примерно у 10% значительно увеличивается количество сухих ночей (Rapraort, 1993). Хотя десмопрессин очень хорошо проясняет себя во время его приема, но ребенку трудно удержаться от мочеиспускания, когда он перестает пользоваться лекарством. В отличие от звуковых сигнальных систем, при помощи которых большинство детей излечивается от энуреза в течение 12 недель, лечение при помощи лекарства часто требует дополнительного поведенческого лечения перед тем, как дети могут от него отказаться (S. Thompson & Rey, 1994).

Психологическое лечение энуреза, особенно звуковой сигнал, в целом более эффективно, чем фармакологическое лечение (Houts et al., 1994). В частности, лечение при помощи звукового сигнала было признано самым эффективным типом вмешательства. В конце лечения, которое обычно продолжается 12 недель, дети, которых лечили при помощи звукового сигнала или десмопрессином, в одинаковой степени переставали мочиться по ночам; однако спустя 3 месяца те, кто лечился при помощи звукового сигнала, в 2 раза лучше справлялись с энурезом, чем дети, которые получали другие виды лечения, включая десмопрессин. Впоследствии, в среднем, почти половина детей, лечившихся при помощи звукового сигнала, не мочатся в постели, по сравнению с одной третьей детей, лечившихся поведенческими методами, и одной четвертью детей, принимавших трициклические препараты (Houts et al., 1994). Лечение энуреза — одно из немногих, при котором психологические вмешательства явно эффективнее ле-

карственной терапии, и их следует применять, не дожидаясь, пока ребенок с возрастом избавится от проблемы, так как это заболевание причиняет серьезное беспокойство всем членам семьи (Harbeck-Weber & Peterson, 1996).

Энкопрез

Энкопрез — это непроизвольная дефекация в неподходящих местах, например на пол, или пачкание одежды. Как и энурез, это обычно происходит нечаянно, но иногда может совершаться и преднамеренно. Диагностические критерии оговариваются условиями, чтобы подобное действие совершалось, по крайней мере, 1 раз в месяц в течение 3-х месяцев и что ребенку должно быть больше 4 лет. (Если ребенок отстает в развитии, берется в расчет умственное развитие, соответствующее четырехлетнему возрасту.) Недержание фекальных масс не должно вызываться каким-либо органическим или общим физическим состоянием.

В квалификационной системе DSM-IV-TR описываются два подтипа энкопреза: с запором или без него, а также недержание потока. По существу, энкопрез является результатом запора, что вызывает уплотнение фекальных масс. Жидкий стул постепенно давит сверху на уплотнения, чтобы просочиться вокруг запорного кала, вызывая в большинстве случаев недержание жидкой массы (Cox, Sutphen, Ling, Quillian & Borowitz, 1996).

Распространение и течение. По оценке, у 1,5–3% детей проявляется энкопрез (Sprague — McRae, Lamb & Home, 1993). И опять же это расстройством в 5–6 раз более распространено у мальчиков, чем у девочек (Schroeder & Gordon, 1991), и быстро уменьшается с возрастом. Как и энурез, энкопрез можно разделить на первичный и вторичный. Дети с первичным энкопрезом к четырем годам не могут научиться удержанию фекальных масс. Тогда как при вторичном энкопрезе у ребенка появляется некоторый период удержания перед тем, как вновь начинаются приступы энкопреза.

У каждого пятого ребенка с энкопрезом проявляются значительные психологические проблемы, но они скорее являются следствием заболевания, чем его первоначальной причиной (Harbeck-Weber & Peterson, 1996). Понятно, что дети стыдятся и пытаются избежать таких ситуаций, как пребывание в лагере или в школе, где они чувствуют себя стесненно. Как и при энурезе, степень ухудшения состояния ребенка и сопутствующее психологическое нарушение частично являются воздействием социального ostracизма со стороны сверстников, а также гнева, наказания и неприятия со стороны тех, кто заботится о ребенке.

Причины и лечение. Считается, что чрезмерно настойчивое или раннее приучение к туалету, неполадки в семье и стресс, а также детская психопатология время от времени вызывают энкопрез (Harbeck-

Weber & Peterson, 1996). Однако, как и энурез, энкопрез — это физическое расстройство, которое может привести к проявлению психологических факторов, сами психологические факторы редко становятся его причиной. Чем раньше будет установлен диагноз и начато лечение, тем меньше ребенок будет страдать от эмоционального воздействия и трудностей в социальном общении. Исключения составляют дети с оппозиционно-демонстративным расстройством и расстройством поведения (см. главу 6), у которых энкопрез и энурез могут являться вторичными симптомами более широких поведенческих паттернов.

Понимание этиологии энкопреза приводит к необходимости приучения к туалету, когда ребенок впервые узнает, как контролировать кишечник. Детей надо научить, как распознавать сигналы от мышц и нервов, которые сообщают, что наступило время для освобождения кишечника. Иногда дети пытаются не замечать или подавлять эти сигналы, особенно если происходит что-то интересное. Некоторые пытаются задержать фекальные массы, чтобы избежать неприятных случайностей; это позволяет калу некоторое время скапливаться в толстой кишке, что приводит к образованию *мегаколона*. Если не очищать кишечник, то скопившиеся там массы становятся крупными, плотными и сухими, что делает дальнейший стул болезненным. Со временем растянутые мышцы и нервы посылают все меньше и меньше сигналов о том, что надо очистить кишечник. Это уменьшение количества сигналов приводит к непроизвольному опорожнению, а толстая и прямая кишка при этом не очищаются так, как следовало бы.

Около половины детей, у которых наблюдается приведенный выше паттерн избегания, также проявляют ненормальную динамику дефекации, то есть они скорее сокращают, чем расслабляют внешний сфинктер при попытке освободиться от кала (Borowitz, Cox & Sutphen, 1999; Harbeck-Weber & Peterson, 1996). Сочетание тактики избегания с повышенным риском хронического запора приводит к развитию энкопреза. Если вас удивляет подобная динамика, подумайте о том, как некоторые дети (и взрослые) избегают пользоваться туалетом в незнакомом месте или говорят, что не могут пользоваться общественными туалетами, так как в них полно микробов. Боязнь дефекации в определенных местах или из-за сложностей при совершении туалета может быть стрессовой и неприятной, и способна вызвать хронический запор. Несмотря на то что паттерн удержания восстанавливается, ребенок хуже справляется с туалетом, включая распознавание физиологических намеков, раздевание, посещение ванной комнаты, сидение на стульчаке и расслабление соответствующих мышц (Harbeck-Weber & Peterson, 1996).

Оптимальное лечение энкопреза включает медицинское и поведенческое вмешательство, чтобы помочь ребенку научиться освобождать толстую кишку и вернуть ей нормальные размеры и функции (Stark et al., 1997). Для начала можно давать клетчатку, слабительное, ставить клизму или применять смазывание для освобождения прямой кишки. За-

тем, чтобы установить лучший режим и здоровые способы освобождения организма, используются поведенческие методы в сочетании со слабительными или подобными препаратами. Не все слабительные прямо воздействуют на важные поведенческие механизмы. Дети, у которых обильный и плотный стул, могут считать дефекацию пугающей и болезненной, что побуждает их в дальнейшем не реагировать на ранние сигналы прямой кишки о растяжении (позыв к дефекации) и не ходить в туалет (Cox, Borowitz, Kovatchev & Ling, 1998).

Поведенческие методы заключаются в приучении ребенка к процедуре туалета, что позволяет ощутить и ответить на признаки растяжения прямой кишки, а также в стремлении родителей похвалить ребенка за чистые трусики и пользование туалетом и за регулярное соблюдение времени дефекации после еды. В процессе лечения дети учатся сокращать и расслаблять внешний анальный сфинктер за несколько минут; время практического обучения часто продлевается «веселым временем», когда ребенок читает или играет, это делается для того, чтобы вынужденное сидение в туалете воспринималось легче. Затем детей учат, как надо напрягаться и пытаться освободить кишечник. Некоторые дети, вместо того чтобы расслаблять, учатся сокращать внешний анальный сфинктер, чтобы избежать боли и затруднения. С такими детьми можно провести сеансы биологической обратной связи, чтобы научить их, как расслаблять сфинктер при попытке дефекации (Cox et al., 1996). При сеансе биологической обратной связи дети могут увидеть на видеодисплее, как их попытки напрячь и расслабить мышцы анального сфинктера контролируют движение «корзины», которая подхватывает «падающее яйцо» (психологи очень изобретательны, особенно когда работают в компании с дизайнерами видеоигр). Когда эта связь отработана, на дисплее появляется круг, который сужается при напряжении сфинктера, и расширяется, когда он расслаблен. Это учит детей, что надо напрягаться в то время, пока анальный канал открыт. При сочетании слабительных средств и поведенческого лечения большинство детей в первые 2 недели значительно улучшают свое состояние, и больше 75% из них сохраняют эти улучшения (Cox et al., 1996; 1999).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Энурез — это непроизвольное мочеиспускание днем или ночью.
- Энкопрез — это освобождение от фекальных масс в неподходящем для этого месте, например на пол или одежду.
- Первичный энурез генетически обусловлен, тогда как энкопрез возникает в результате попыток ребенка избежать дефекации, что приводит к хроническому запору.

- Сочетание фармакологического и психологического лечения часто бывает успешным при проблемах освобождения организма.

ХРОНИЧЕСКИЕ ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

Раздумья матери

Когда отступит боль? Думаю, что никогда. Это траур всей жизни по тому, что могло бы быть. Это не относится к непониманию и неприятию, это относится к тому, что мы храним глубоко в своем сердце, праздник никогда не наступит. Нам никогда не придется испытать радость, видя, как дети занимаются спортом, идут на первое свидание, заканчивают школу, поступают в университет, мы никогда не увидим, как любимая дочь идет под венец. У нас другие заботы. Вместо того чтобы раздумывать над тем, что могло бы быть, мы должны искать то, что хорошо у ребенка, а не то, что не так. Мы должны торжественно отмечать каждый сдвиг, каждую вежу. Это движущая сила для нас, для ребенка и для остальных.

Кто из нас не боялся, что что-то страшное коснется члена нашей семьи? Кто не волновался, видя, как малыш направляется к колодцу, как дошкольник карабкается по лестнице на игровой площадке или когда у подростка вдруг начинаются сильные головные боли и головокружение? Хронические заболевания и болезненные состояния проявляются у 11 миллионов детей и подростков в Северной Америке, поэтому о печальных известиях нам придется слышать довольно часто.

Хроническая болезнь — это заболевание, которое длится дольше трех месяцев в году, или требует госпитализации более чем на 1 месяц (Pless & Pinkerton, 1975). Хронические болезненные состояния — это целый ряд осложнений, связанных с физическим ростом, функционированием и развитием, такие как ухудшение зрения и слуха, что составляет часть картины в целом. Около $\frac{1}{5}$ детей с хроническими болезнями или с болезненными состояниями значительно ограничены в повседневной деятельности и сталкиваются с многочисленными трудностями в приобретении друзей, в посещении школы и просто в достижении нормального качества жизни (R. J. Thompson & Gustafson, 1996).

Дети и подростки, чье здоровье и функциональные возможности подвергаются риску из-за хронического болезненного состояния, сталкиваются с большими трудностями в своем развитии и адаптации. Каждый день дети с инсулинозависимой формой диабета должны контролировать уровень глюкозы в крови и соблюдать диету, а также делать уколы инсулина; дети с астмой должны с большой

осторожностью подходить к каждой новой ситуации, быть настороже перед приступом, который может буквально лишить их жизни; а дети, больные раком, должны справляться с пристальными взглядами или высказываниями сверстников, у которых мало понимания и сочувствия по поводу того, почему другой ребенок выглядит иначе и кажется болезненным. Как и при других расстройствах, связанных с поведением, эти причины действуют не только на ребенка, но и на сверстников, а также на членов их семей. Это воздействие, в свою очередь, влияет на способность ребенка адаптироваться в этих непростых условиях.

В DSM-IV-TR рассматриваются вопросы психического здоровья, связанного с расстройствами, в основе которых лежит физическое состояние, не разделяя детей и взрослых, в основном опираясь на две довольно четкие категории: соматические расстройства и психологические факторы, влияющие на физическое состояние. Мы кратко рассмотрим эти категории DSM, чтобы помочь разобраться в их значении и ограниченном применении к проблемам детей.

Соматоформные расстройства — это группа родственных проблем, включающих физические симптомы, которые похожи или намекают на болезненное состояние, но при отсутствии органического или физиологического подтверждения (APA, 2000). Соматизация (т. е. выражение ощущений через физические симптомы), ипохондрии (озабоченность реальным или воображаемым нездоровьем) и болевые ощущения (например возвратные боли желудка) — все это является примерами соматоформных расстройств. Диагностические критерии заключаются в сочетании жалоб на боль, желудочно-кишечных, сексуальных и псевдоневрологических симптомов, существующих во время заболевания. Эти симптомы не создаются преднамеренно и не придумываются, они достаточно реальны, чтобы вызвать недомогание и ухудшение состояния индивида. При диагностировании некоторых соматических расстройств требуется строгая вероятность психологического состава симптома.

Соматоформные расстройства особенно широко изучаются у взрослых, потому что они представляют хронический, выявленный паттерн, который часто нельзя обнаружить, пока человек не повзрослеет (Harbeck-Weber & Peterson, 1996). Таким образом, диагностическая категория соматоформных расстройств в отношении детей и подростков сомнительна и используется редко (Fritz, Fritsch & Hagino, 1997). Тем не менее мы подняли эту тему прежде всего потому, что многочисленные детские соматические недуги, особенно возвратные боли в брюшной полости, могут оказаться развивающимися предвестниками взрослых соматоформных расстройств (Fritz et al., 1997; Garber, Van Slyke & Walker, 1999).

Ко второй категории относятся **психологические факторы, влияющие на физическое состояние**. Они относятся к расстройствам, которые предположительно являются причиной ухудшения физического состояния или факторами обострения ухудшения физического состояния.

Критерии DSM прежде всего обращены на те ситуации, при которых на физическое состояние отрицательно влияют психологические факторы, например, человек с диабетом находится в депрессивном состоянии и отказывается контролировать и регулировать уровень глюкозы в крови. Однако эта диагностическая категория не применяется к большинству детей с хроническими болезненными состояниями, поскольку именно болезненное состояние и его ограничения воздействуют на психологическую адаптацию детей, а не другие причины. Это значит, что психологические симптомы развиваются как реакция на то, что ребенку известно о своем заболевании или ему поставили такой диагноз. Скорее, не депрессия влияет на течение диабета, как в приведенном выше примере, а диабет вызывает трудности с адаптацией, которые иногда (отнюдь не всегда) включают клинические расстройства, такие как депрессия. Так, некоторым детям и подросткам с хроническими болезнями и сопутствующими значительными проблемами с адаптацией или поведением могут поставить диагноз «расстройство адаптации», что лучше объясняет природу стрессора (APA, 2000).

Успехи в развитии эффективного клинического лечения и излечения детей с хроническими заболеваниями стали особенно заметны в последние три десятилетия, значительно продлив жизнь многих, кто в предыдущие годы мог умереть в младенчестве или детстве.

Примечательно, что за последнее время повысилась выживаемость при определенных формах рака, таких как острая лимфатическая лейкемия. В 1950-х годах выживал 1 ребенок из 5, сейчас это 4 ребенка из 5 (Cesalupo, 1994). Однако в то же самое время успехи в лечении и увеличение процента выживаемости приводят к большей патологичности у детей и подростков. **Морбидность** — это различные формы последствий в физическом и функциональном плане, а также ограничения в связи с заболеванием. Повышенная патологичность означает, что больше детей и подростков приспособляются к трудностям хронической болезни. Для этих детей болезнь стала постоянным жизненным состоянием и стрессором.

Поскольку повышается выживаемость детей, а угрожающие здоровью заболевания получают лучший контроль, акцент интереса переключается с острых, инфекционных заболеваний, на обеспечение здоровья и развития детей с хроническими заболеваниями или физическими недостатками, а также на обеспечение помощи по уходу за ними (Black, Danesco & Krishnakumar, 1998). Детские психологи особенно активно помогают таким детям адаптироваться и добиваться оптимального качества жизни.

Чтобы лучше узнать, как дети с хроническими заболеваниями учатся справляться с физическими и социальными изменениями и приспособливаться к ним, дальше мы рассмотрим, что они обычно думают и как высказываются о проблемах здоровья. Полученные знания помогут различить реакции детей с хроническими заболеваниями на адаптацию и

неспособность справиться с ситуацией в контексте, связанном с развитием.

Допустимые отклонения в здоровье детей

Сейчас признается, что дети способны, как и взрослые, сообщать о своей боли и беспокойстве, но так было не всегда. Раньше считалось, что дети вообще не испытывают боли, и что они менее чувствительны к ней, чем взрослые. По-видимому, из-за того, что дети менее способны сообщать о своей боли, ошибочно считалось, что болевой порог у детей выше, чем у взрослых. Однако дети четко представляют, что у них болит, и знают, как об этом сказать (McAlpine & McGrath, 1999). У мальчиков и девочек в раннем возрасте создаются удивительно четкие представления о боли и ее причинах, о ее описании и переживании (D. M. Ross & Ross, 1984.)

Обдумайте следующее высказывание:

Это (боль в животе) будто пчелы в животе — жалят вас в живот, желтые спинки перекатываются внутри и ударяют как мячики пинг-понга — будто что-то просто отрубается в животе (мальчик, 6 лет). При этом (боль в ухе) чувствуешь, что в ухе находится что-то наподобие шипа от розы, проникающее глубже в ухо, сильнее чем прокалывание (мальчик, 9 лет) (D. M. Ross & Ross, 1984, стр. 184).

Непохоже, чтобы дети просто использовали описания боли, услышанные от родителей или от кого-то еще. Обратите внимание на детскую образность в описании 7-летним мальчиком головной боли:

Будто огромное чудовище сидит внутри, и оно растет, как сумасшедшее, места не хватает, и чудовище разрывает обе части моей головы, поскольку оно становится очень большим (D. M. Ross & Ross, 1984, стр. 189).

Представьте себе знакомую ситуацию.

Начиная с шести лет время от времени Джеки говорила родителям, что она «слишком больна», чтобы идти в школу. Позже она могла заботливо представить им перечень своих симптомов: «У меня болит животик, у меня жар, болит горло, я не чувствую кончиков своих пальцев». Внимательное расспрашивание дает в результате расширенный список симптомов — в действительности большинство из них предложены кем-то из родителей: «Нога тоже болит?» (да); «Как голова?» (болит); «А как кожа?» (горит). Внимательный читатель заметит, что симптомы появились тогда, когда Джеки поступила в 1-й класс. Вы можете считать приведенную ситуацию типичной для понимания того, как дети знакомятся

с физическими симптомами и начинают осознавать, как эти симптомы связаны с жизнью.

Являются ли жалобы детей на соматическое состояние (такие, как в примере с Джеки) нормальными и обычными? Ни для кого не секрет, что примерно в $\frac{1}{3}$ типичных заявлений школьников о боли она используется для побочных целей — привлечь внимание родителей или сверстников, а также для того, чтобы пропустить спортивные или школьные занятия. Нельзя отрицать, что одним из наиболее распространенных способов, к которым прибегают дети, чтобы выразить свой страх, недовольство или избиение чего-либо, являются жалобы на боль и страдания, часто неопределенного и сомнительного происхождения.

В этом отношении интересна разница между мальчиками и девочками. Девочки сообщают, когда их спрашивают, о большем количестве симптомов, чем мальчики. В стрессовых ситуациях девочки скорее могут плакать, искать физической и эмоциональной поддержки, мальчики же ведут себя изолированно, отчужденно и стoisчески. Также различаются избыточные соматические жалобы, у девочек они связаны с эмоциональными расстройствами, у мальчиков с разрушающим поведением (Egger, Costello, Erkanli & Angold, 1999), а также с застенчивостью (Chung & Evans, 2000). Доказывает ли это то, что девочки более чувствительны к боли и менее способны справляться со своими страхами и тревогами, чем мальчики? Вряд ли. Эти различия, связанные с полом, коренятся скорее в социальных истоках, чем в физиологических особенностях. Всем известно, что мальчиков поощряют стoisчески переносить боль, тогда как от девочек ждут пассивного, аффективного выражения (P. A. McGrath, 1993.) И мальчики и девочки реагируют на боль, но выражают это по-разному, в соответствии с тем, чему их учили, и что бы они хотели получить в ответ. Подобные жалобы происходят в нормальных пределах развития и не служат психиатрическим показателем.

Некоторые дети чаще, чем другие, могут испытывать возвратную боль и физические симптомы из-за влияния семьи (Peterson, Harbeck, Farmer & Zink, 1991). К примеру, дети с функциональной болью в кишечнике и с похожими формами необъяснимой возвратной боли, возможно, отождествляют себя с кем-то в семье, и чаще жалуются на боль, чем дети, у которых она вызвана органическими причинами (Osborne, Hatcher & Richtsmeier, 1989). Возможно, необъяснимые симптомы возвратной боли у детей прежде всего связаны с *семейными моделями боли* (Harbeck-Weber & Peterson, 1996). Дети также познают в семье или где-то еще адапционные паттерны, связанные со здоровьем. Дети, у которых хорошо развиты социальные и образовательные возможности, легче реагируют на негативные события в жизни, такие как развод или госпитализация, при которых возможен повышенный стресс и болевые реакции (L. S. Walker, Garber & Greene, 1994.)

Давайте теперь обратим внимание на детей с хроническими заболеваниями или болезненными состояниями. У каждого хронического заболевания свои

особые проблемы. Дети с диабетом ежедневно сталкиваются с лечебным режимом, но у них более предсказуемый прогноз; дети, больные раком, испытывают неприятные побочные действия, возникающие при лечении, и должны справляться с неопределенным прогнозом своей болезни. Общее, что объединяет хронические заболевания и болезненные состояния, это то, что они представляют собой главный стрессор, который вызывает и поглощает все имеющиеся ресурсы, помогающие выстоять ребенку и его семье. Оценка хронической болезни как формы главного стрессора, который требует адаптации, позволяет исследователям выявить факторы, способствующие успешной адаптации к хроническому заболеванию. Такой подход способствует развитию новых путей, чтобы помочь детям справиться с трудностями, как мы это рассмотрим дальше.

Число детей с каким-либо хроническим заболеванием или болезненным состоянием, связанным с физическим здоровьем, очень велико: от 10 до 20% детского населения (Drotar, 2000). Из этого количества детей только у $\frac{1}{3}$ легкие формы заболевания, у остальных такое состояние здоровья, которое приводит к средним или сильным ограничениям активности и утомительным курсам лечения (Harbeck-Weber & Peterson, 1996). Астма является самым распространенным детским хроническим заболеванием, которое сопровождается неврологическими нарушениями, нарушениями развития и расстройствами поведения. К счастью, тяжелые формы хронических заболеваний, при которых возникают серьезные физические и интеллектуальные ограничения и которые мешают повседневной жизни ребенка — относительно редки. Тем не менее распространение подобных форм поддается учету. Около 2% детей серьезно поражены хронической болезнью или находятся в болезненном состоянии (R. J. Thompson & Gustafson, 1996.)

В табл. 12.4 показано распространение некоторых детских хронических болезней и болезненных состояний. Так как процент выживаемости для многих этих болезней сейчас повысился, то в проценте распространения заболеваний отражено большое число детей, которые пережили эту детскую болезнь 20 лет и дольше. Многие из этих болезней приближаются к максимальному проценту выживаемости (100%) (Gortmaker, 1985). Возможно, основной темой здоровья в ближайшие годы станет угроза жизни со стороны ВИЧ и СПИДа, которые в последнее время превратились в шестую по значимости причину смерти людей в возрасте 15–24 лет в Соединенных Штатах (L. K. Brown, Lourie & Pao, 2000).

Детские хронические заболевания не делают классового или этнического выбора — они поражают всех детей одинаково. Исключение составляют только особые заболевания, которые имеют генетические признаки расового и этнического происхождения.

Например кистозный фиброз в основном поражает белых, а болезнь серповидной клетки чаще встречается у африканцев (R. J. Thompson & Gustafson, 1996). Однако существует тревожная связь между социоэкономическим статусом и процентом выживаемости детей и взрослых, особенно больных раком (MacKillop, Zhang-Salomons, Groome, Paszat & Holowaty, 1997.) Несмотря на попытки организовать равноправную службу здоровья, жители более бедных районов все еще могут получать менее квалифицированную помощь, несмотря на то, что существуют системы здравоохранения, имеющие один уровень и финансируемые из общественных фондов, как это сделано в Канаде. Кроме того, в бедных кругах могут дополнительно существовать другие болезни, которые не способствуют выживанию при раке, возможно, родители меньше обращаются за медицинской помощью из-за других серьезных жизненных стрессоров или по незнанию критических

Таблица 12.4
Распространение среди населения Соединенных Штатов некоторых хронических заболеваний у детей в возрасте 0–20 лет

	Оценка распространения на 1000 человек	Процент выживания до 20 лет
Средняя и тяжелая астма	10,0	98
Врожденные пороки сердца	7,0	65
Кистозный фиброз	0,20	60
Сахарный диабет	1,8	95
Гемофилия	0,15	90
Лейкемия	0,11	40
Мышечная дистрофия	0,06	25
Анемия	0,28	90

Источник: Gortmaker & Sappenfield, 1984; Gortmaker, 1985.

симптомов (Maskillor et al., 1997). Люди, с достаточными средствами получают больше полномочий в жизни — самонаблюдение и выбор — что дает большую возможность получить надлежащую медицинскую помощь для их детей. Дальше в этой главе мы рассмотрим некоторые пути улучшения жизни в семье и достижения большего баланса в их роли и ресурсах. Сейчас мы внимательно рассмотрим два особых заболевания: сахарный диабет и детский рак, курс течения которых и паттерны адаптации представляют то, с чем сталкиваются дети с хроническими заболеваниями.

Сахарный диабет

Аманда: Ежедневная борьба с диабетом

Диагноз инсулинозависимый сахарный диабет был поставлен четырнадцатилетней Аманде год назад. Как и другие подростки, Аманда вела активную жизнь, а питаться особой пищей трудно даже без изнурительного ежедневного контроля за уровнем глюкозы и уколов инсулина. Она поделилась с нами, каким образом эта болезнь повлияла на ее жизнь, и как она справляется с ее требованиями и ограничениями:

Заболевание диабетом полностью изменило мою жизнь. Лучшими моими друзьями стали инсулин и машина. Я пользуюсь машиной, чтобы 4 раза в день проверять уровень сахара в крови. Мне прокалывают палец и капелка крови капает на стеклышко для анализа. Из литературы я знаю, что смогу приспособиться к инсулину, а также что именно я должна есть. Я вынуждена регулярно, примерно 6 раз в день, есть пищу, соответствующую моему здоровью. Я пытаюсь не жаловаться, так как теперь я понимаю, как мне повезло. Что бы я делала, если бы у меня не было машины, а также доступной пищи, не содержащей сахара. Диабет изменил не только мою физическую жизнь, но и психическую. Это помогает мне понимать, что в жизни для меня важно. Моя близкая подруга Джермена помогла мне в первый год болезни в школе, когда некоторые сверстники удивлялись, зачем мне понадобились иглы для уколов и почему я не могу есть то же самое, что едят они. Мои родители на высоте и даже мой младший брат не пристает ко мне, когда понимает, что у меня был особенно трудный день. Я лучше, чем другие дети в школе, понимаю, как важно для нас здоровье, и не воспринимаю (как раньше), как должное, все происходящее.

Аманда страдает от **инсулинозависимого сахарного диабета**, неизлечимого заболевания, связанного с нарушением метаболизма, при котором организм не способен перерабатывать углеводы из-за недостаточного производства инсулина поджелудочной железой. Этот недостаток инсулина имеет

решающее воздействие на способность организма регулировать аппетит, превращать углеводы в нужную энергию и поддерживать химический баланс крови. Во-первых, отсутствие инсулина не позволяет глюкозе поступать в клетки, вынуждая ее собираться в потоке крови, вызывая гипергликемию. Глюкоза также сообщает регулирующим клеткам гипоталамуса, голоден человек или сыт, поэтому при отсутствии подобной информации человек может постоянно есть, но не набирать вес (R. J. Thompson & Gustafson, 1996). Для того чтобы приблизиться к нормальному состоянию метаболизма, необходимо соблюдать режим лечения, состоящий из инъекций инсулина, диеты и упражнений.

Хотя современные курсы лечения значительно повысили статус здоровья больных инсулинозависимым сахарным диабетом, однако это заболевание все еще связано с высокой патологичностью и смертностью.

Сахарным диабетом одинаково болеют как мальчики, так и девочки (S. B. Johnson, 1988). Первичными симптомами болезни часто бывает усталость, жажда, голод, частое выделение мочи и потеря веса, несмотря на избыточное питание. Инсулинозависимый сахарный диабет — прогрессирующее заболевание с наиболее серьезными хроническими осложнениями у молодых взрослых, включая проблемы кровообращения, что может привести к слепоте, болезни почек и прогрессирующей сердечно-сосудистой болезни (Arslanian, Becker & Drash, 1995). Средняя продолжительность жизни на $\frac{1}{3}$ ниже, чем у населения в целом (J. Silverstein, 1994). Серьезность заболевания и длительные изнурительные условия лечения могут привести к тому, что у детей, больных диабетом, и их семей может повыситься конфликтность и возникнуть проблемы адаптации (Martin, Miller-Johnson, Kitzmann & Emery, 1998).

Дети с инсулинозависимым сахарным диабетом сталкиваются с ежедневными лечебными задачами: поддерживать метаболический контроль, то есть контроль за уровнем глюкозы в крови, придерживаться ограничений диеты, делать уколы инсулина и учиться тому, как приводить в равновесие спрос энергии и потребность инсулина (R. J. Thompson & Gustafson, 1996.) Метаболический контроль — это степень, до которой уровень глюкозы пациента сохраняется в норме. Дети и подростки должны внимательно следить за уровнем инсулина, так как его недостаток может привести к диабетической коме, а излишнее количество может вызвать инсулиновую реакцию, которая называется гипергликемией. Гипергликемические приступы очень неприятны, при них может появиться раздражительность, головные боли, дрожь. Для полноты картины можно добавить, что болезнь и стресс могут нарушить соотношение между глюкозой и необходимым уровнем инсулина (Arslanian et al., 1995).

Дети и подростки должны строго соблюдать указания врача и режим. Строгое соблюдение режима и метаболический контроль помогают больным правильно понять свою болезнь и ее лечение, поверить, что соблюдение режима важно и соответствует решению проблем (Drotar, 2000). Как видно на приме-

ре Аманды, подростковый период особенно труден, поскольку болезнь может оказывать давление на самооценку и на социальную и образовательную активность — подростковый возраст достаточно труден и без дополнительного бремени лечебных задач. По этой причине психологи стали активнее разрабатывать методы, способствующие соблюдению режима и метаболического контроля, чтобы помочь членам семьи больного успешнее справиться с требованиями ситуации (Stewart et al., 2000). В этих случаях успешно действуют поведенческие методики, особенно те, которые снижают проявление симптома и сокращают пользование лекарствами. Также помогают методы самоконтроля, которые учат пациента следить за дозировкой, контролировать симптомы, уровень глюкозы в крови и прием лекарств (Drotar, 1999; Wysocki et al., 2000).

Детский рак

Как я ненавижу этот мир, если бы я мог, я разорвал бы его своими руками на куски. Я бы потряс вселенную звездой за звездой, как гнилые фрукты с дерева.

Эти слова написал писатель Питер де Врие после смерти дочери от лейкемии.

Чен: Решительный мальчик, сражающийся с лейкемией

Чен (9 лет) объясняет свое восприятие детской лейкемии, и как она влияет на его семью и отношение сверстников:

Рак у меня уже 3 года. С ним все еще пытаются бороться при помощи верных лекарств, но пока ничего не получается. Мои друзья приходят навестить меня — с ними все хорошо. Но иногда, когда пытаешься сказать другим ребятам о своей болезни, они не понимают, потому что у них этого нет. Для них мы нормальны. У них нет ни малейших проблем, чтобы в чем-то себя сдерживать. Им не надо беспокоиться, что надо лежать в больнице, проходить все эти проверки и процедуры, чтобы выяснить, как у тебя обстоят дела. Вы можете сказать друзьям, почему вам надо остановиться и немного отдохнуть, но они этого не поймут — они действительно не хотят понять — им надо продолжать движение. Многие из моей семьи заботятся обо мне, и я беспокоюсь за них. Я понимаю, что привык ко всем врачам и к лекарствам, которые принимаю. Не могу сказать, что мне это нравится, но я знаю, что только это может помочь. Но мне бы хотелось проводить время с друзьями (или даже с родителями). Я хотел бы встать и идти. Желая тем, кому предстоит пройти через это, быть сильными и верить. И громко и четко говорить о том, когда вам что-нибудь нужно!

Мать Чена рассказывает, через какие испытания прошел Чен и его семья, когда они узнали о поставленном Чену диагнозе:

Год назад Чен получил трансплантат костного мозга от своего брата, и благодаря этому его состояние стало улучшаться. Но когда спустя год мы пришли на проверку, нам сказали, что у Чена рецидив — рак поглотил костный мозг, и прогноз был плохой. Теперь наша семья старается проводить время вместе, занимаясь с Ченом. Нам повезло — мое руководство сделало все, чтобы помочь мне оставаться дома с Ченом. Трудно оценить эту поддержку за прошедший год. Действительно, все наше окружение оказало огромную помощь нашей семье. Но когда сыну стало хуже, нам стало труднее делать то, что мы делали в последние несколько недель. Мы сердились и надеялись, отчаивались и радовались, и всегда грустили. Это были худшие американские горы, на которых мы когда-либо катались. Болезнь Чена заставила нас решиться делать даже больше того, на что мы могли рассчитывать, а доброта, которую чувствовала наша семья, была потрясающей.

Большинству из нас трудно представить, что пережил Чен и его семья. Их слова подтверждают важность человеческой доброты перед лицом серьезной детской болезни, доброты, которая в приведенном случае была очень важной, а также их сила и решимость. Дети могут заболеть раком совсем внезапно, даже не так, как взрослые. Дети часто могут находиться уже в развившейся стадии болезни, когда им впервые ставят диагноз. Тогда как считается, что только у 20% взрослых болезнь уже начала развиваться к моменту установления диагноза, то у детей эта цифра в четыре раза больше (National Childhood Cancer Foundation, 1997).

Наиболее распространенной формой детского рака является острая лимфатическая лейкемия, которая составляет почти половину всех разновидностей заболевания (R. J. Thompson & Gustafson, 1996). Острая лимфатическая лейкемия — это группа гетерогенных заболеваний, при которых выявляется злокачественность костного мозга, который вырабатывает клетки крови. Костный мозг вырабатывает злокачественные клетки, лимфоциты, которые быстро замещают красные кровяные тельца в здоровом мозге большим количеством белых телец, что вызывает анемию, инфекцию, образование кровоподтеков или чрезмерное кровотечение (A. G. Friedman & Mulhern, 1992). Детский рак обычно считается смертельным, но успехи медицинского лечения привели к поразительно повышению уровня выживания. Однако длительные осложнения, такие как возвратная злокачественность, недостаточность роста, нейропсихологическая недостаточность, катаракты и бесплодие являются факторами риска.

Как и при диабете, дети, больные раком, подвергаются сложным медицинским процедурам, особенно в первые 2–3 года. Дополнительно дети сталки-

ваются с пропусками занятий в школе, со значительными побочными действиями лекарств, а также с неопределенным прогнозом. Химиотерапия и лучевая терапия могут вызвать выпадение волос и изменение веса, тошноту, рвоту, повышенную усталость, эндокринное отставание и отставание роста, угнетение иммунной системы (A. G. Friedman & Mulhern, 1992). Дети, больные раком, должны терпеть болезненные медицинские процедуры, такие как прокол вены, вытяжка костного мозга и поясничные пункции. Лечение вынуждает детей подолгу находиться вдали от друзей и членов семьи, что мешает их психосоциальному развитию. По этой причине психологические аспекты детского рака фокусируются на улаживании неприятностей, вызванных многочисленными диагностическими и лечебными процедурами, с которыми сталкиваются больные дети.

Развитие и течение

Значительное внимание было уделено решению вопроса, как дети с хроническими заболеваниями страдают от эмоциональных проблем и проблем поведения и адаптации, вызванных тяжестью их болезни и лечения. В большом исследовании, посвященном здоровью ребенка, проводившемся в Онтарио (Cadman, Boyle, Szatmari & Offord, 1987), одной из запланированных тем была тема об определении связи болезненного состояния и психологической адаптации у отобранной группы детей 4–16 лет. Родители и педагоги составляли отчет о психическом здоровье, содержащий информацию о болезни ребенка и его психологической адаптации. Детей разделили в соответствии с тремя уровнями физического здоровья: хроническая болезнь с физической неспособностью, хроническая болезнь без физической неспособности и физически здоровые. Если имелись психиатрические расстройства, они были определены, по данным родителей или педагогов.

Рисунок 12.1 показывает процентное соотношение детей, по крайней мере, с одним психическим расстройством в этих трех группах. В целом у детей с хронической болезнью, независимо от степени физической неспособности, фактор риска психического расстройства был выше в 2,4 раза по сравнению со здоровыми детьми. Дети с хронической болезнью, сопровождающейся физической неспособностью, больше всех рисковали получить другие расстройства. Эти расстройства чаще проявлялись в форме проблем, контроль над которыми осуществляется изнутри, таких как тревожность и депрессия, но встречались и проблемы внешнего контроля, например, гиперкинетическое расстройство и синдром дефицита внимания. Понятно, что дети, у которых ограничены функциональные возможности, сталкиваются с огромными проблемами в повседневной жизни, что повышает поведенческие, социальные трудности и трудности школьной адаптации. Эти данные были отражены в Отчете по национальному здоровью Соединенных Штатов Америки, где хронические физические состояния рассматривались как значительный фактор риска для проблем поведения помимо влияния социоэкономического фактора (Gortmaker, Walker, Weitzman & Sobol, 1990.)

Таким образом, у детей с хроническими физическими болезнями, особенно с инвалидностью, повышен риск вторичных трудностей психологической адаптации (Hoekstra-Webers, Jaspers, Kamps & Klip, 1999). Вторичные трудности психологической адаптации относятся к проблемам, которые, как предполагается, возникают благодаря первичному болезненному состоянию, а не наоборот. Эти проблемы чаще всего выражаются в виде внутренних симптомов, таких как тревожность и депрессия, или в виде сочетания внутренних и внешних проблем (Boekaerts & Roeder, 1999; Lavigne & Faier-Routman, 1992).

Эти симптомы надо иметь в виду, хотя следует признать, что дети с хроническими заболеваниями легче адаптируются, чем те дети, которые обращаются в психиатрические клиники из-за проблем, не связанных с физическим здоровьем (Eiser, Hill & Vance, 2000; Wallander & Varni, 1998.)

В большинстве случаев у этих детей проявляются симптомы, связанные со стрессом; проявление расстройств, зарегистрированных в DSM-IV-TR, у детей с хроническими заболеваниями очень незначительно. Например, распространение депрессии у них, по данным исследовательских работ, составляет, в среднем 9%, что говорит об успешной адаптации большинства этих детей (Bennett, 1994). Более того, у детей с диабетом (Holmes, Yu & Frentz, 1999; Kovacs et al., 1990), а также больных раком (Eiser et al., 2000), в среднем, отмечаются симптомы тревожности, депрессии и низкой самооценки в пределах нормы, свойственной их возрасту и полу.

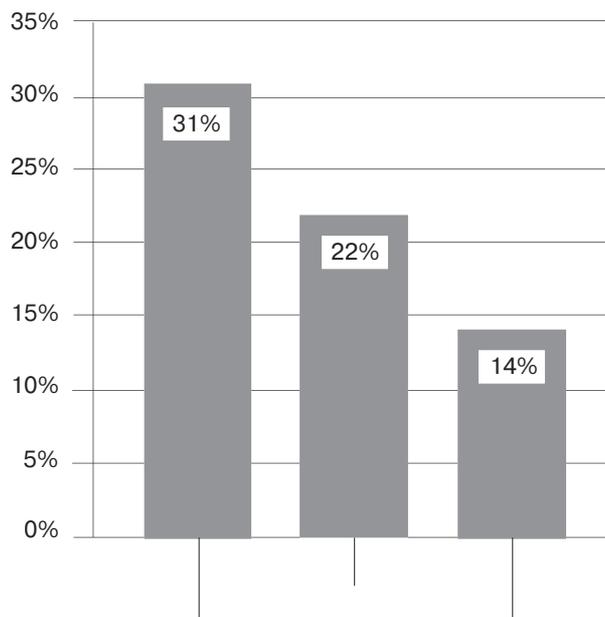


Рис. 12.1. Процент детей с психическим расстройством в трех группах: больные с хроническим заболеванием и инвалидностью, хронические больные без инвалидности и физически здоровые (адаптировано из Cadman et al., 1987).

Хотя у хронически больных детей повышен риск, связанный с трудностями начальной адаптации, трудно сказать, что вызывает определенные симптомы, и почему некоторые дети адаптируются успешнее, чем другие. Если подумать, что этим детям приходится ежедневно справляться с непредвиденными событиями и бороться с трудностями, то можно понять, почему у них возможно увеличение симптомов, связанных со стрессом. Особенно обнадеживает то, что большинство детей способно успешно адаптироваться и к течению болезни, и к ее последствиям. Симптомы тревожности, депрессии и гнева можно рассматривать скорее как нормальные реакции на стрессовые ситуации, связанные с длительной болезнью и курсами лечения, чем психические расстройства (Eiser et al., 2000), по сравнению с теми проблемами адаптации, с которыми сталкиваются дети с умственной отсталостью или дети, которые испытывают насилие или небрежное отношение. Большинство детей с хроническими заболеваниями способны восстановить при стрессе, связанном с их состоянием, и духовные, и физические силы, поэтому следует быть крайне осторожными при употреблении психиатрических ярых и описаний, которые не способны правильно уловить содержание и природу обстоятельств, в которых находятся дети.

Влияние на членов семьи. В области психологии детского здоровья фокус интереса явно сместился в сторону важной роли семейной активности при адаптации детей с хроническими заболеваниями. Болезнь ребенка может привести к сплочению и поддержке семьи, как мы видели на примерах семей Аманды и Чена, или к кризису семьи и ее распаду. Когда родители пытаются осознать и справиться с известием о диагнозе ребенка, в это время они уже должны начать понимать, что их ребенок может навсегда стать не таким, как другие дети. Как они реагируют и примут эту реальность, в большой степени определяет то, как их ребенок и другие дети в семье будут реагировать и адаптироваться. У родителей, которым не удалось справиться с кризисом, скорее могут возникнуть трудности с близостью отношений с ребенком и влиянием на него (S. Goldberg, Gotowiec & Simmons, 1995; Sheeran, Marvin & Pianta, 1997), что может в дальнейшем осложнять стрессовую природу болезни ребенка.

Знание того, что у ребенка болезнь, угрожающая его жизни, наносит травму и вызывает стресс у всех членов семьи, что определяется как травматическое явление, которое может ускорить посттравматическое стрессовое расстройство (APA, 2000). Мать, ребенок которой родился с хронической болезнью, так описывает свою первую реакцию:

Я чувствовала себя так, будто пыталась удержаться на плоту во время ужасного шторма. Я не понимала, где находилась, куда плыла, или какая волна в следующий раз разобьет о мою голову. Большую часть времени я просто крепко держа-

ла. Я поняла, что крепко держаться — это и есть ключ к выживанию (Medvescek, 1997, стр. 67).

Многие родители детей с хроническими заболеваниями сообщают, что у них вновь всплывают страхи и возвращаются воспоминания всякий раз даже тогда, когда ребенок заболевает простудой или гриппом. Примерно 10% матерей и отцов страдают от симптомов посттравматического стрессового расстройства, этот процент можно сравнить с количественным проявлением других травматических расстройств (Kazak et al., 1997). К счастью, сами дети обычно не испытывают симптомов посттравматического стрессового расстройства, связанного с известием о своей болезни, возможно, они слишком молоды, когда им ставят диагноз. Однако в ходе болезни дети помнят о процедурах, которые вызывают стресс (Chen, Zeltzer, Craske & Katz, 2000), а у некоторых детей, переживших рак, сохраняются тревожные воспоминания иногда в течение 12 лет (Stuber, Christakis, Houskamp & Kasak, 1996).

Семья оказывает значительное влияние на поведение детей с хроническими заболеваниями, как и на поведение здоровых детей. Ни один из типов хронической болезни не представляет большего риска при адаптации по сравнению с другими. Поэтому факторы, которые проявляются в ситуации с больным ребенком, такие как конфликты в семье, возможности семьи, могут оказаться более опасными при адаптации, чем трудности, которые ставит перед ребенком болезнь (Lavigne & Faier-Routman, 1992.) В общем, факторы стресса, с которыми сталкиваются родители, одинаковы при всех типах хронических заболеваний: финансовые и физические затруднения, изменение роли родителей, обиды сестер и братьев, проблемы адаптации больного ребенка, социальная изоляция, частая госпитализация и горе (Wallender & Robinson, 1999). И поэтому неудивительно, что пары, чьи дети хронически больны, часто испытывают трудности в супружеских отношениях, такие как конфликты, недостаточность общения, несоответствие своей роли, отсутствие близости и положительных эмоций (Gordon-Walker, Johnson, Manion & Cloutier, 1996; Holmes, Yu & Frentz, 1999).

Имеет смысл еще раз повторить: несмотря на психологические и материальные трудности, многие дети с хроническими заболеваниями и их семьи успешно к ним приспосабливаются. Получаемая социальная поддержка и адаптация родителей являются важными компонентами, помогающими при адаптации детей (Kazak et al., 1997; Skinner, John & Hampston, 2000), так как взрослые, осуществляющие уход за ребенком, играют важную роль в том, насколько их ребенок способен справиться со стрессом. Особенно матери, которые в меньшей степени подвергаются стрессу, ищут пути к адаптации и используют активные способы преодоления стресса и проблем, и которые от своей семьи получают больше поддержки, чем конфликтуют с ней, чаще сами показывают нормальный уровень адаптации (R. J. Thompson & Gustafson, 1996). Мы часто находим подобную связь несмотря на обстоятельства. Когда не затронуты

материнские способности, меньше страдает до этого налаженный быт ребенка и семьи. Это иллюстрирует взаимосвязь между детской адаптацией и родительским стрессом и расстроенностью — хорошая адаптация родителей соответствует хорошей адаптации ребенка, и наоборот (Banez & Compras, 1990). (В большинстве исследований рассматривается лишь роль матери при детской адаптации, но особое влияние, которое оказывают на детей отцы в их борьбе с хроническими болезнями, тоже может оказаться заметным.) Таким образом, адаптация родителей является одним из основных коррелятов при адаптации детей с хроническими заболеваниями.

Социальная адаптация и учеба в школе. Адаптация детей к хроническим заболеваниям отражается не только на психологических нарушениях, но и на развитии, а именно на социальной адаптации, на отношениях со сверстниками и учебе в школе. Так как хронические заболевания нарушают повседневную жизнь, что, в свою очередь, мешает социальному общению (La Greca & Thompson, 1998), то дети с тяжелыми разрушающими болезнями чаще испытывают затруднения со стороны социальной адаптации (Graetz & Schute, 1995).

Давайте рассмотрим отношения больного раком ребенка со своими сверстниками. Чен объяснял, что другие дети не понимали, почему он не мог присоединиться к ним и вести себя так же, как они — для них он выглядел нормальным, а поэтому должен был вести себя нормально. Негативные реакции или реакции, основанные на неверной информации со стороны сверстников или кого-либо, к сожалению, оставляют след в жизни детей с хроническими заболеваниями. В одном из исследований детей, больных раком, проведенном по методу лонгитюда, сообщалось, что учителя воспринимали наблюдаемых подростков менее социально активными, не стремящимися к лидерству и более социально изолированными и отторгнутыми по сравнению с их сверстниками (Noll, Bukowski, Rogosch, LeRoy & Kulkarni, 1990; Noll, LeRoy, Bukowski, Rogosch & Kulkarni, 1991). Подобные проблемы с социальной адаптацией выявляются и у тех детей, болезнь которых прежде всего поражает центральную нервную систему, такие болезни, как церебральный паралич, врожденная расщелина позвоночника или опухоли мозга, — эти расстройства воздействуют на когнитивные способности, например на социальное суждение (Mulhern et al., 1999). Адаптация к школе и учебе — это еще одна область, где детям и подросткам с хроническими заболеваниями грозят трудности. У этих трудностей есть два источника: основной источник — это влияние болезни или ее лечения, а вторичный — последствия болезни, такие как усталость, пропуски занятий (абсентеизм) или психологический стресс (R. J. Thompson & Gustafson, 1996). Основное влияние болезни на учебу в школе наиболее заметно у детей, болезнь которых связана с мозгом, и которые проходят тяжелые курсы лечения, наносящие серьезный урон центральной нервной системе, особенно у маленьких детей (Brown, Sawyer, Antoniou, Toogood & Rice, 1999).

Наиболее часто нейрокогнитивное влияние отражается на невербальных способностях и на функциях концентрации (Mulhern et al., 1999). Влияние распространяется и на краткосрочную память, скорость развития, визуально-моторную координацию, способность соблюдать последовательность (Cousens, Ungerer, Crawford & Stevens, 1991). Поэтому около половины детей с болезнями мозга направляются в специальные учебные заведения и не посещают школу. И, наоборот, дети с физическими болезнями, не связанными с мозгом, посещают обычные учебные заведения, однако у них остаются проблемы с чтением, которые могут оказаться косвенным воздействием хронической болезни и пропусков занятий в школе (Caldman et al., 1987; Gortmaker et al., 1990.)

Как адаптируются дети: Биопсихосоциальная модель

Мы рассмотрели трудности адаптации детей с хроническими заболеваниями в общих чертах, но знаем, что болезнь каждого ребенка и каждая ситуация в семье имеют свои особенности.

Некоторые дети, как Аманда и Чен, имеют нормальную семью с адекватными возможностями, но у других этого может и не быть. Многочисленные события влияют на адаптацию ребенка к хронической болезни; но ни один фактор не может объяснить, почему некоторые дети более легко приспосабливаются, чем другие.

Как можем мы судить о многочисленных факторах, влияющих на детскую адаптацию? Когда однофакторная теория не в состоянии что-либо объяснить, исследователи часто разрабатывают многофакторные теории, которые связывают различные важные варианты в соответствии со значением и концепцией. На рис. 12.2 изображена модель транзакционного стресса и приспособления, разработанная Томпсоном и коллегами (R. J. Thompson, Gil, Burbach, Keith & Kinney, 1993; R. J. Thompson, Gustafson, George & Spock, 1994), которая показывает, что на детскую адаптацию к хроническим болезням влияет не только природа самой болезни, но личные и семейные возможности. Эта модель помогает осмыслить сложный процесс, который формирует исход болезни. Модель транзакционного стресса и приспособления подчеркивает стрессовую природу хронической болезни, которая вынуждает ребенка и членов семьи приспосабливаться к новому образу жизни. То, как они проведут период адаптации, является ключевым фактором исхода болезни ребенка. Параметры болезни включают в себе ее тип и тяжесть, включая видимые физические недостатки и ухудшение состояния (MacLean, Perrin, Gortmaker & Pierre, 1992; Mulhern, Carpentieri, Shema, Stone & Fairclough, 1993). Демографические параметры включают пол, возраст и социально-экономический статус, который может усиливать болезнь. По модели предполагается, что важные процессы, связанные с ребенком и семьей, помимо самой болезни и демографических факторов, влияют на взаимосвязь болезнь—исход болезни. Важными психологическими посредника-

ми являются адаптация родителей, адаптация ребенка и их взаимосвязь, что будет рассмотрено дальше.

Параметры болезни. Можно предположить, что психологическая адаптация ребенка различается, как и функция его болезненного состояния. У некоторых болезней неопределенный процесс развития, другие имеют прямое тяжелое воздействие на повседневную деятельность, одновременно вызывая стресс. Различные хронические заболевания имеют общие черты, поэтому желательнее изучать детскую адаптацию в плане измерений, связанных с болезнью, или параметров, чем относительно определенной болезни. При различных заболеваниях общими являются показатели, до какой степени болезнь (R. J. Thompson & Gustafson, 1996.):

- видна другим людям или вызывает физическую ущербность;
- тяжелая и угрожает жизни;
- имеет ухудшающийся или фатальный прогноз по сравнению со стабильным и улучшающимся;
- требует тяжелых или болезненных процедур;
- влияет на функциональный статус ребенка, ухудшая физические и когнитивные способности, что мешает выполнению повседневных задач.

Дети с хроническими заболеваниями сталкиваются с трудностями по каждому из названных пунктов, что может соответственно влиять на их адаптацию. Наиболее значительную роль при адаптации ребенка играют следующие параметры болезни: тяжесть заболевания, прогноз и функциональный статус, которые выявляются во всех болезненных состояниях (Lavigne & Faier-Routman, 1993). Функциональный статус оказывается особенно важным в плане когнитивных ухудшений при таких заболеваниях,

которые затрагивают мозг и центральную нервную систему.

Личные характеристики. Хронические болезненные состояния требуют, чтобы дети и члены их семей старались справиться со значительным стрессом и неопределенностью. Какие черты характера и возможности ребенка могли бы способствовать успешной адаптации? Рассмотрим это с точки зрения пола ребенка: у мальчиков с хроническими болезнями проблем с адаптацией в целом больше, чем у девочек. Однако это различие с учетом пола зависит от оценки адаптации, а также от того, кто об этом сообщает. По описанию родителей и учителей, у мальчиков больше поведенческих проблем, чем у девочек (Gortmaker et al., 1990; E. C. Perrin, Ayoub & Willett, 1990). Однако у девочек скорее, чем у мальчиков, проявляются симптомы таких расстройств, как тревожность, депрессия и негативное восприятие физического изменения внешности (La Greca, Swales, Klemp, Madigan & Skyler, 1995), а также девочки считают себя менее способными в социальной сфере (Holden, Chmielewski, Nelson & Kager, 1997). Это различие, скорее, является отражением двух полученных данных: девочки больше хотят узнать и сообщить о симптомах, чем мальчики (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987), и реагируют на стресс внутренними симптомами, тогда как мальчики более реагируют внешними симптомами (Egger et al., 1999). Однако кроме пола на адаптацию иногда влияет состояние ребенка на данный момент или возраст, в котором он заболел (R. J. Thompson & Gustafson, 1996).

Неудивительно, что дети с более высоким умственным развитием, а также с приобретенной повышенной способностью справляться с болезнью и

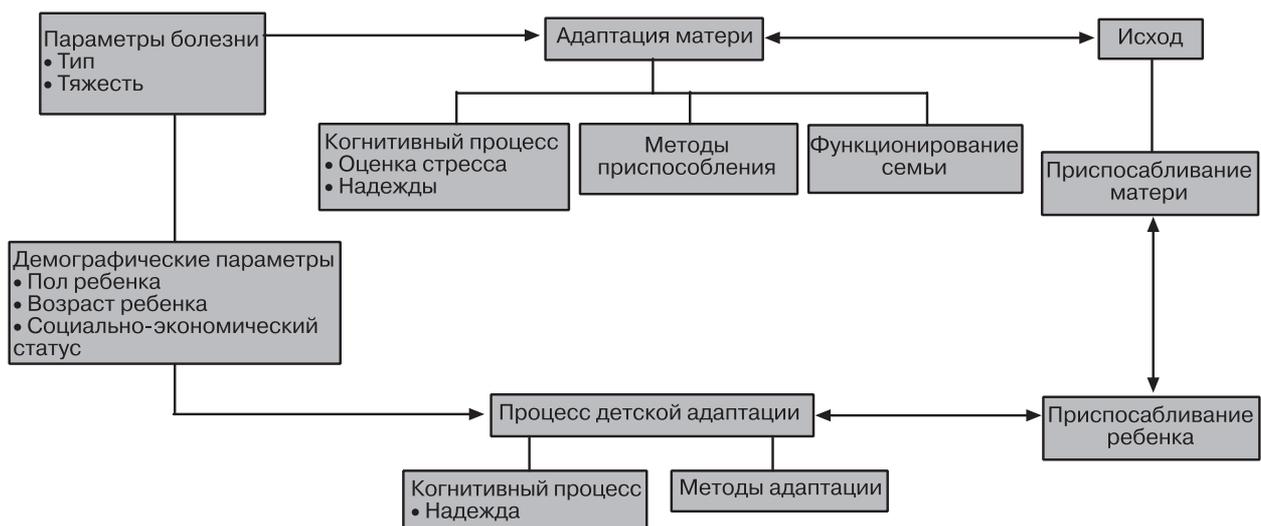


Рис. 12.2. Модель транзакционного стресса и приспособления ребенка к хронической болезни (адаптировано из R. J. Thompson et al., 1994).

возросшей самооценкой проявляют более положительную психологическую адаптацию независимо от физического состояния (Compas & Harding, 1999). Следует особо отметить, что точная оценка восприятия стресса детьми — как они интерпретируют и реагируют на повседневные события и трудности, связанные с тем, как справиться с болезнью, — приводит к лучшему пониманию своего состояния и меньшему проявлению симптомов болезни и плохой адаптации. Это точно определяет Чен:

Теперь я понял, что жизнь состоит из серии тестов. Мы никогда не знаем, что за углом, но как это появится, мы должны его принять. Положительный настрой и осознание того, что у меня есть друзья и семья, помогают мне пережить некоторые тяжелые дни.

Адаптация и функционирование семьи. Если хроническая болезнь рассматривается как стрессор, влияющий в той или иной степени на всех членов семьи, значит адаптация ребенка частично зависит от степени стресса и симптомов, которые испытывают другие члены семьи, особенно те, кто непосредственно ухаживает за ребенком. Нельзя отрицать тот факт, что семейное окружение имеет большее значение в жизни детей с хроническими заболеваниями отчасти из-за того, что при уходе за таким больным требуется более тесное взаимодействие родителя с ребенком.

Трансакциональная модель считает адаптацию родителей основным посредником между болезнью ребенка и приспособлением его и родителей. Каким образом адаптируется родитель, чтобы способствовать выздоровлению ребенка? В соответствии с моделью адаптация родителей состоит из трех процессов: 1) как они справляются с ежедневным стрессом,



Руки Джеремайи временно закреплены, поэтому он не может снять трубку под носом, измеряющую реакцию кислотности желудка.

как оценивают свою эффективность (это видно на примере матери Чена), (Gil, Williams, Thompson & Kinney, 1991); 2) используют ли они активные, нацеленные на принятие решения способы приспособления; 3) функционирование семьи и получаемая поддержка. Успешная адаптация родителей приводит к их лучшему приспособлению (Barakat & Linney, 1992) и более здоровому общению семьи и умению решать конфликты (Wysocki et al., 2000). В конце концов положительная адаптация родителей увеличивает вероятность положительных исходов болезни ребенка.

Функционирование семьи часто определяется наличием двух типов основных семейных ресурсов: утилитарных и психологических. Утилитарные ресурсы связаны с практическими нуждами по уходу за больным ребенком, такими как финансовые потребности (явное напряжение) и образование родителей, которое помогает им понять болезнь и правильно помогать своему ребенку. Психологические возможности, с одной стороны, менее ощутимы, но часто считаются более важными: как члены семьи поддерживают друг друга, как они относятся друг к другу, а также к другим людям вне семьи, и как они решают конфликты. Вместе эти два типа семейных возможностей отвечают за значительные изменения в поведенческой и социальной адаптации детей с хроническими заболеваниями (Wallander & Robinson, 1999).

Вмешательство

Психологическое воздействие хронической болезни проявляется через нарушение нормальных процессов развития ребенка и функционирование семьи. К счастью, это воздействие может быть снижено, а адаптация усилена при помощи психологического вмешательства, которое снижает стресс, повышает умение решать социальные проблемы, способствует развитию эффективных методов воспитания ребенка. Эти методы регулируют стресс и определяют приемы, способные помочь детям и их близким в непрекращающемся процессе адаптации.

Основная цель вмешательства состоит в том, чтобы улучшить качество жизни для детей и их семей. За два последних десятилетия разительно изменились пути достижения этой цели, предоставив глубокий интерес для детских психологов и психологов, занимающихся здоровьем. До середины 1970-х годов попытки вмешательства основывались на медицинской модели, ориентированной на ребенка. Экспертом являлся специалист по здоровью, пациентом — ребенок, а родители были пассивными наблюдателями. Однако принятый в 1975 году Акт об образовании для всех детей с физическими недостатками предоставил новые возможности родителям участвовать в процессе принятия решений и в планировании образования для своих детей. Теоретически это отразилось в замене вмешательства, ориентированного на ребенка, на вмешательство, ориентированное на семью, что было продолжено программой для больных младенцев и маленьких детей 1986 года

(Bazuk, 1989). Впервые в этом веке семья была правильно признана постоянной величиной в жизни детей, а роль семьи в обслуживании ребенка и участие в принятии решений стала по праву считаться поддержкой и помощью.

Предоставление полномочий семье. Подобное развитие теории привело к направлению, связанному с содействием здоровью ребенка и полномочиям семьи, которое определяет пути для поддержания изменений, возможностей, умения, для того чтобы добиться потенциала здоровья для больного ребенка (Millstein, Petersen & Nightingale, 1993). При этом направлении признается необходимость достижения баланса между возможностями индивида или семьи и трудностями и опасностями окружения. Тот, кто осуществляет заботу о здоровье, превращается из эксперта в консультанта того, кто пытается установить доверительные отношения с родителями и способен поддержать их при встрече с трудностями (Bazuk, 1989). Действительно, семья сейчас признается важным источником и рассматривается как часть решения: семья стоит на переднем плане потребностей ребенка.

Это важное положение о полномочиях семьи снижает стресс и зависимость, а также дает возможность семье получать информацию, которая может помочь принять правильные решения и предпринять соответствующие действия (Varni, LaGreca & Spirito, 2000). Например, члены семьи Чена приняли активное участие в улучшении качества его жизни, не были напуганы и не оставались в неведении относительно его потребностей и своих возможностей. Его мать объясняет:

Психотерапия помогла Чену стать менее зависимым от мамы и папы. Перед ним стояла цель — думать о будущем и готовиться самому выполнять какие-то задачи. Примером может служить раздевание на ночь и укладывание одежды на кровати, чтобы утром самому одеться и перебраться в свое кресло.

Группы поддержки и образовательные программы различных типов значительно помогают больным детям и членам их семей. Такие семьи связываются друг с другом и делятся опытом и заботами, что не только поддерживает душевные силы, но и является важным источником информации (Wallerstein, 1992.) Участие — очень важный компонент в семейных полномочиях, а согласованно действующая модель «специалист по здоровью — семья» поощряет людей поддерживать друг друга, одновременно подготавливая почву для создания положительных отношений и улучшения состояния детей. Подобным образом образовательные программы, которые обеспечивают семью информацией и учат навыкам обучения, бывают полезными, особенно если они предоставляют информацию о болезни и как с ней управляться, помогают детям вернуться в привыч-

ные школьные условия, поддерживают и координируют действия родителей в уходе за детьми с хроническими заболеваниями (L. J. Bauman, Drotar, Leventhal, Perrin & Pless, 1997). Получая больше знаний о болезни ребенка, родители лучше понимают не только его, но и общее воздействие болезни на семью. Короче говоря, деятельность, связанная с лечением детей с хроническими заболеваниями, ча-



Джеремая сопротивляется (верхний и средний снимок), когда ему на грудь ставят электроды ЭКГ, чтобы измерить ритм сердца. «Они тяжелые, — говорит его мать, — Но ты попытайся спрятать слезы и поплачь потом».

сто основана на нуждах всей семьи. Однако эти усилия должны соответствовать той степени, в которой родители хотят и реально могут посвятить себя заботе о ребенке. Примерами методов вмешательства, которые содействуют процессам адаптации, являются соблюдение медицинского режима и психологически обоснованные подходы, помогающие ребенку справиться с тяжелыми медицинскими процедурами и болезнью. Об этом будет рассказано ниже.

Помощь детям в борьбе с болезнью. В ходе нашего обсуждения мы видели, как хронически больным детям приходится бороться с многочисленными стрессовыми ситуациями, от медицинских процедур до неприятия сверстниками, и функциональных ограничений. Предпринимаются значительные попытки помочь им успешно справиться со своими проблемами, как показано во врезке 12.1.

Большая часть этой работы сфокусирована на болезненных медицинских процедурах, но эти методы можно применять и в другой обстановке и при других обстоятельствах, например в школьных или домашних условиях. И вновь участие родителей и материнская адаптация являются ключевыми компонентами в детском приспособлении к болезни. Чтобы помочь своим детям, родителям необходимо очень тщательно следить за ходом болезни и улучшением состояния своих детей (Kibby, Tye & Mulhern, 1998).

Как только я попадаю в зубоорачебное кресло, я представляю себе, что врач — мой враг, а я тайный агент, и он пытается меня, чтобы получить секретные сведения, и если я издам хоть один

звук, я выдам секреты, но я этого никогда не сделаю. Когда я вырасту, я хочу стать тайным агентом, а это хорошая практика (D. M. Ross & Ross, 1984, стр. 186).

Это описание посещения 10-летним мальчиком зубного врача показывает, как он справляется с одной из неприятных жизненных ситуаций — лечением зубов. Любой зубной врач может сказать, что одним из первых условий по уходу за детскими зубами является то, чтобы детей научили выполнять требования врача и соблюдать дома режим по уходу за полостью рта. Усиление адаптации и повышение качества жизни детей с хроническими заболеваниями тоже требуют от них как можно строже соблюдать лечебный режим, как в кабинете врача, так и за его пределами. Так как дети обычно не соблюдают простейших требований: не следуют указаниям, едят не то, что им положено есть, не готовят уроков, то как можно ожидать от них выполнения неприятных требований в виде лечебных процедур? Из-за того, что подобные процедуры крайне важны, внимание психологов, занимающихся детским здоровьем, обращено скорее на то, как помочь детям и их родителям справиться с необходимыми процедурами, чем на то, как научить их соблюдать режим этих процедур.

Представьте, что вам надо пройти незнакомую медицинскую процедуру. Что бы вы предпочли, чтобы вам сначала все подробно рассказали и показали, или вам предпочтительней ничего не слышать и не видеть, чтобы справиться с процедурой? Какой из способов приспособления, описанных во врезке 12.2, вы предпочли бы избрать? Из опыта известно, что большинство детей и взрослых лучше справляются

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 12.1 Группы виртуальной поддержки

В отдельной палате медицинского центра в Нью-Йорке 12-летняя Лорин пристально смотрит на экран цветного компьютера, пользуясь «мышкой», чтобы поймать изображение, которое дает ей реальное воплощение виртуального пространства, которое называется «Построй свою зону». В 1995 году Лорин поставили диагноз: злокачественная опухоль правого запястья, далее последовали 9 месяцев химиотерапии, и ей заменили лучевую кость правой руки металлическим стрежнем. Но когда она играет, ее озорные глаза и улыбка освещают палату. Устав от игры, она выключает программу и с помощью компьютера звонит по видео-телефону одному из своих друзей. «У меня были тягостные моменты, — говорит Лорин, закончив разговор. — Особенно когда я была в палате интенсивной терапии, мне не разрешалось что-либо делать или кого-то видеть. Но эта система помогает мне разговаривать с детьми из других больниц, у которых такие же проблемы, как у меня. Я поняла, что я не одна, и от этого чувствую себя лучше».

Системой, которая развлекала Лорин и подобных ей детей, является взаимодействующая сеть Starbright World (Мир Сияющих Звезд), получившая название от некоммерческой организации Starbright Foundation (Фонд сияющих звезд). Некоторым детям эта система помогает ускорить выздоровление, а менее счастливым дарит удовольствие, комфорт, развлечения и утешение в их последние месяцы и недели. «У нас громадный технологический прогресс в диагностике и лечении, — говорит доктор Джон Роу (John Rowe), президент Медицинского центра в Нью-Йорке. — Но пока мы еще не использовали новую технологию для развития немедицинских аспектов жизни наших пациентов в клинике. Наши партнеры и их творческие возможности помогают детям избежать ловушки, в которую их загоняет болезнь или лечение».

Источник: Tannert, 1996.

с процедурой, если сначала им расскажут о ней и дадут возможность увидеть, что должно произойти. Соответственно, вмешательство, направленное на снижение стресса и способность справляться с болью во время процедур для детей, включает поведенческие и когнитивные методы, усиливающие способность справляться и регулировать стресс (McQuaid & Nassau, 1999). Дети, которые активно интересуются информацией о надвигающихся событиях, связанных с болью, находятся в лучшем положении и проявляют меньше беспокойства (Blount, Smith & Frank, 1999). Кроме того, функционирование родителей и семьи, эффективная тактика воспитания, которая помогает добиться взаимоотношения доктор—пациент, помогают ребенку приспособиться к требованиям наблюдения и лечения болезни (Drotar, 2000; Wallander & Robinson, 1999).

В общем, существует два основных психологических подхода к помощи детям справиться со стрессовыми медицинскими процедурами, хронической и возвратной болью: обеспечение информацией и тренировка умения справляться с болью и стрессом.

Предоставление информации включает вербальные объяснения и демонстрацию, а также представление модели процедуры, что снижет беспокойство, потому что процедура становится более предсказуемой (Dahlquist, 1999). Неопытные пациенты обычно предпочитают получить информацию о незнакомой медицинской процедуре, чтобы смягчить свою тревожность, тогда как опытные дети предпочитают

готовиться особыми способами, которые могут помочь справиться с тяжелыми процедурами (Dahlquist, 1999).

Методики обучения, помогающие справляться с болезнью и стрессом, включают различные способы, такие как глубокое дыхание, отвлечение внимания, расслабление мышц, рассеянное воображение, эмоциональное воображение и репетиция поведения. Например, детей могут попросить представить себя супергероями при проверке их стойкости, подобно тому, как это представлял себе мальчик, сидя в зубо-врачебном кресле (Dahlquist, 1999). Детей поощряют узнавать особые стрессоры, связанные с их болезнью — например делать уколы самому себе — и изучать пути, как справиться с этими стрессорами и предупреждать возможную тревожность или ухудшение. Аманда например, справлялась со своими уколами, думая о приятном в жизни. Родители могут выступать в роли репетиторов во время стресса и процедур по приспособлению и помогать своим детям повторять навыки по приспособлению дома и в клинике (Powers, Blount, Bachanas, Cotter & Swan, 1993; Varni et al., 2000). Во врезке 12.3 описана подобная процедура.

Всегда ли полезно родителям присутствовать во время болезненных медицинских процедур, или присутствие некоторых родителей ухудшает дело? Можно представить, что они помогают снижать беспокойство ребенка лишь тогда, когда повышают его способность справляться с ситуацией и контролируют

КРУПНЫМ

ПЛАН О М

Врезка 12.2 Шкала детской способности справиться с болезнью

Представьте, что вам надо обратиться к врачу, и это тревожит вас (например укол). Я собираюсь показать вам некоторые способы, с помощью которых дети преодолевают страх перед медицинскими процедурами лучше, чувствуют себя более уверенно. Я хочу, чтобы вы сказали мне, что из предложенного ниже вы могли бы сказать себе или сделать, чтобы чувствовать себя лучше. Не может быть правильного или неправильного ответа.

- Скажете себе, что это не так страшно?
- Скажете себе, что будете чувствовать себя лучше, когда это кончится?
- Попытаетесь понять, почему медсестра должна сделать это?
- Сожмете кулак или напряжете какую-либо другую часть тела?
- Захотите, чтобы ваши родители были рядом, чтобы вы чувствовали себя лучше?
- Будете что-то делать, чтобы не думать об этом (например считать или разговаривать с кем-нибудь)

во время процедуры?

- Будете думать о чем-то другом, чтобы отвлечь мысли от неприятного (о чем-то хорошем, что у вас было)?
- Скажете себе, что это вовсе не страшно?
- Представите себе что-нибудь еще?
- Скажете себе, что могло быть хуже?
- Попытаетесь быть спокойным?
- Разозлитесь и будете бороться с медсестрой, чтобы не дать ей провести процедуру?
- Отвернетесь?
- Посмеетесь над этим?
- Заплачете?

Источник: Routh & Sanfilippo, 1991.

ют свои эмоции, а не усиливают стресс (Blount, Davis, Powers & Roberts, 1991). Чтобы помочь ребенку справиться с трудными медицинскими процедурами, родителям можно рекомендовать отвлекать внимание ребенка, хвалить его по ходу ситуации и прямо указывать, как надо поступать («Теперь глубоко вдохни»), но им следует избегать объяснений, утешений и критических замечаний (Blount et al., 1989; Gonzalez, Routh & Armstrong, 1993). За свое явное полезное воздействие когнитивно-поведенческая терапия стала привычной практикой в лечении детей с хроническими заболеваниями, требующими болезненных медицинских процедур.

Однако родители все еще переживают эти процедуры как крайне травматические. Они тоже могут извлечь пользу из подобных методов снижения стресса и повышения способности успешно справляться со страхом (Jay & Elliott, 1990).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- У детей с хроническими заболеваниями повышен риск столкновения с психосоциальными проблемами, которые в основном отражают их попытки справиться со стрессом.
- Дети по-разному реагируют на хронические состояния, и проблемы с адаптацией скорее возник-

ают у тех, у кого болезнь протекает в более тяжелой форме. Проблемы с адаптацией могут возникнуть в форме симптомов поведенческого и эмоционального нарушения, таких как низкая самооценка, отсутствие социального умения, плохая успеваемость в школе и иногда психиатрические расстройства.

- Многие дети и их семьи успешно адаптируются к трудностям, связанным с хроническими заболеваниями. Получаемая социальная поддержка и адаптация матери являются основными компонентами помощи в подобной адаптации.

- Повышенное внимание, которое сейчас оказывается семье, и привлечение родителей к обучению поведения в новой обстановке привело к новым способам помощи детям в борьбе с трудностями хронических болезней. Психологические вмешательства (методы эффективного научения ребенка) помогают адаптации детей к хроническим болезням путем повышения умения решать социальные проблемы и успешнее справляться с трудностями.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

быстрые движения глаз (rapid eye movement, REM)

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 12.3.

Снижение стресса от медицинских процедур

«Я хочу, чтобы меня перестали так сильно толкать и тыкать мне в лицо дыхательные инструменты. Кто-то постоянно входит и выходит из моей палаты. Если мне полагается отдышаться, то мне это не удастся.»

Эта цитата, взятая из высказываний 12-летнего мальчика с тяжелой формой астмы, точно выражает, каково лежать в больнице и получать медицинскую помощь и лечение. Многим детям приходится проходить многократные тяжелые процедуры, такие как спинномозговые пункции или введение дыхательных трубок, как часть их лечебного режима. Эти процедуры болезненны и пугают детей, а также их родителей. По этой причине психологам приходится разрабатывать методы для снижения стресса.

В работе (Kazak et al.) оценивалось детское и материнское беспокойство во время тяжелых процедур у детей с лейкемией. Сначала авторы тренировали родителей, чтобы те могли оценить важность своей роли в научении ребенка, как справляться с ситуацией. Обучение планировалось индивидуально с учетом возраста ребенка и его способности концентрироваться на конкретном, по сравнению с абстрактным, представлении. С детьми младше шести лет обычно использовалась игровая активность, а именно: воздушные шары, видеоигры, музыкальные книги, старшим детям предлагались более абстрактные методы: направленное воображение, счет, дыхание. Направленное воображение — это способ, который помогает детям представить, что они идут в особое место или делают что-то особое, например посещение заповедного леса, ощущение солнечного тепла, расслабляющего мышцы, или мысли о том, как приготовить необыкновенное блюдо.

Психологическое вмешательство в сочетании с фармакологическими болеутоляющими препаратами оказалось равным по воздействию или сильнее, чем действие одних болеутоляющих средств, в различных измерениях детского и родительского беспокойства. Все чаще в медицинской практике рассматривается ценность активного привлечения родителей к обучению своих детей тем способам, с помощью которых дети могут справиться со своей болезнью.

Источник: Kazak et al., 1996

медленные движения глаз (nonrapid eye movement, REM)

диссомнии (dyssomnias)

парасомнии (parasomnias)

протодиссомния (protodyssomnia)

гиперсомния (hypersomnia)

нарколепсия (narcolepsy)

гипнагогические галлюцинации (hypnagogic hallucination)

синдром затрудненного сна с одышкой (obstructive sleep apnea syndrome, JSAS)

ночные кошмары (nightmares)

ночные страхи (sleep terrors)

хождение во сне (sleepwalking)

энурез (enuresis)

энкопрез (encopresis)

хроническое заболевание (chronic illness)

психологические факторы, воздействующие на физическое состояние (psychological factors affecting physical condition)

морбидность (morbidity)

инсулинозависимый сахарный диабет (insulin-dependent diabetes mellitus)

метаболический контроль (metabolic control)

Глава 13
РАССТРОЙСТВА
ПИТАНИЯ И
РОДСТВЕННЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ



Хотя серьезные проблемы аппетита только недавно стали рассматриваться как психические расстройства, странные и необычные привычки, связанные с питанием, отмечались на протяжении многих столетий. Древние египтяне полагали, что можно избежать болезней путем ежемесячного очищения кишечника. Древние римляне возводили специальные комнаты, получившие соответствующее название «вомитории» (от лат. *vomitio* — рвота), где мужчины очищали свой желудок после чревоугодия во время пира, перед тем как снова возлечь за стол. В течение веков добровольное, а также вынужденное голодание носило личину как святости, так и греха — либо в форме религиозного поста, либо как предлог покончить с людьми, которых принимали за одержимых и околдованных. Сегодня, как и раньше, еду и голодание связывают с проблемами психического здоровья и необычными культурными традициями.

Неудивительно, что общество не проявляло сочувствия к людям с расстройствами аппетита. На рубеже XX века люди, которые могли есть необычные вещества, потреблять пищу в огромных количествах или демонстрировать иные подвиги, связанные с пищеварением и отрыгиванием, могли зарабатывать себе на жизнь, выступая на ярмарках, в цирках и развлекательных представлениях (Vandereycken & Van Deth, 1996). Детей, страдавших задержкой роста или ожирением, считали нежеланными и психически дефективными, что также оправдывало их показ в развлекательных представлениях. К счастью, в последнее время удалось пролить свет на эти проблемы, что привело к их лучшей идентификации, возможности лечения и профилактики.

Эта глава посвящена нескольким расстройствам питания и родственным заболеваниям. Мы начнем с обсуждения расстройств, которые возникают в период младенчества и раннего детства, после чего рассмотрим влияние на развитие ожирения в детстве. Ожирение — это не психическое расстройство, не связано оно и с тяжелой психопатологией (Brownell & Wadden, 1992). Однако существует опасность, что у детей с ожирением могут развиваться нездоровые паттерны питания — главным образом, из-за социальной дискриминации, — которые иногда ведут к хроническим проблемам со здоровьем и расстройству аппетита.

Последний раздел касается двух основных расстройств питания, возникающих в юности и молодости: нервной анорексии и нервной булимии. Человек с нервной анорексией отказывается поддерживать даже минимально нормальный вес тела. Это расстройство, которое поражает прежде всего девочек подросткового возраста и может продолжаться в молодости, часто отмечено такой озабоченностью вопросами питания и стремлением похудеть, что человек забывает о своем здоровье. Нервная булимия характеризуется обжорством, за которым следуют попытки компенсировать свою слабость путем самопроизвольной рвоты, а иногда злоупотреблением слабительными и мочегонными средствами или другими лекарствами, голоданием или чрезмерными

физическими упражнениями. Люди, страдающие булимией, также крайне озабочены вопросами питания и снижением веса, но они не страдают чрезмерной его потерей, отмечаемой при анорексии. Вес большинства людей с булимией находится в пределах 10% от нормы, тогда как страдающие анорексией отказываются поддерживать даже минимально нормальный вес.

Расстройства питания традиционно вызывали озабоченность медиков. Исследования этиологии и лечения были сосредоточены на механизмах и серьезных биологических последствиях, связанных с этими расстройствами. Однако, когда в последней четверти XX века специалисты в области психического здоровья стали изучать психосоциальные факторы, они обнаружили, что многие факторы, которые лежат в основе других серьезных детских расстройств, играют важную роль и в ранних расстройствах питания и аппетита, например генетическая конституция, когнитивное и социальное развитие и повседневные отношения между младенцем и родителями.

Сейчас признано, что расстройства аппетита возникают в связи с биологической конституцией данного человека, преобладающим опытом и текущими возможностями и социальными паттернами (Турка, Graber & Brooks-Gunn, 2000). Однако в отличие от большинства других расстройств, возникающих в детстве и юности, описанных в этой книге, причины основных расстройств питания, по-видимому, связаны преимущественно с социокультурными, а не с психологическими и биологическими влияниями. Особо необычными эти расстройства делает то обстоятельство, что они очень тесно связаны с западной культурой, в которой нет недостатка в пище, а внешнему виду, особенно среди молодых женщин, придается огромное значение.

КАК ФОРМИРУЮТСЯ ПАТТЕРНЫ ПИТАНИЯ

Любой человек, который наблюдал, как 2-летний ребенок кушает спагетти, знает, что научиться есть самостоятельно — очень непросто. Фактически, проблемы питания и аппетита являются нормальной частью развития для большинства детей.

Нормальное развитие

Проблемные привычки питания и ограниченные предпочтения в еде являются одними из наиболее ярко выраженных особенностей раннего детства. Почти треть маленьких детей (в возрасте до 10 лет) их матери описывают как привередливых едоков. Привередливость в еде более распространена среди девочек, чем среди мальчиков (Rydell, Dahl & Sundelin, 1995; Marchi & Cohen, 1990), и связана с последующим развитием расстройств аппетита. На-



Расстройства аппетита не следует путать с неупорядоченным приемом пищи, нормальной частью раннего развития.

чиная примерно с 9-летнего возраста девочки озабочены снижением веса больше, чем мальчики (O'Dea & Abraham, 1999).

Эти типовые паттерны развития, особенно у девочек, частично являются функцией социальных норм и ожиданий, изображаемых идеалами стройности и привлекательности в журналах, телепередачах и кинофильмах (Harrison, 2000). Кроме того, нормальная обеспокоенность в отношении веса и внешнего вида может либо уменьшаться, либо возрастать из-за замечаний родителей, друзей и возлюбленных (Vincent & McCabe, 2000). Влияния ранних отношений между ребенком и родителями на подобные основополагающие биологические процессы имеет первостепенное значение. Поступление в школу — следующая значимая веха ввиду возрастающего социального давления, заставляющего подростка принять четкие представления о желательной фигуре. Важно отметить, что в юности желание достичь идеальной внешности может превратиться в навязчивость (Sands, 2000).

Факторы риска в процессе развития

Онтогенетическая точка зрения на проблемы и расстройства питания позволяет предположить существование континуума «патологии питания», от диетических до клинических синдромов в различные периоды развития (Attie & Brooks-Gunn, 1995). Рис.

13.1 иллюстрирует, как, начиная с раннего возраста, неправильный прием пищи может способствовать избыточному весу или ожирению. Например, в начальной школе сверстники часто дразнят или отвергают полных детей, что, в свою очередь, может вызвать стремление к худобе в надежде изменить негативное представление о своей фигуре и добиться признания (Lunner et al., 2000). **Стремление к худобе** — ключевая мотивационная переменная, лежащая в основе диеты и представления о собственном теле, особенно среди молодых женщин, в соответствии с которой человек полагает, что избавление от лишнего веса является способом преодоления трудностей и достижения успеха (Sands, 2000). Однако подобное поведение часто дает негативные побочные эффекты — излишнюю озабоченность своим весом, беспокойство по поводу собственной внешности и ограничения в еде, что увеличивает риск возникновения расстройства питания (Polivy & Herman, 1999).

Ранние пищевые привычки, установки и модели поведения. На одном конце гипотетического континуума патологии питания находятся привычки питания у маленьких детей. 10-летнее всестороннее исследование факторов риска, связанных с последующим возникновением расстройства аппетита, проследило привычки питания у более чем 600 детей (Marchi & Cohen, 1990). Многие проблемные пищевые модели поведения, такие как привередливость, обжорство и проблемы во время еды, продемонстрировали заметную стабильность на протяжении 10-летнего периода. С другой стороны, в течение юности резко возросло число попыток снизить вес. Интересно отметить, что и извращенный аппетит в раннем детстве (например употребление в пищу несъедобных вещей), и проблемы во время еды находились в положительной связи с возникновением булимии в юности. Пусть гипотетическая, эта зависимость указывает на лежащую в ее основе связь булимии с самоконтролем и семейными конфликтами. Напротив, детям, отличавшимся привередливостью в еде и имевшим проблемы с пищеварением, больше угрожало развитие анорексии, а это позволяет предположить, что некоторые дети биологически предрасположены к воздержанию от еды.

Проблемные **пищевые установки** характеризуют представление человека о том, что культурные стандарты привлекательности, идеальной фигуры и социального признания тесно связаны со способностью контролировать свою диету и прибавление в весе. Даже среди 8–10-летних детей беспокойство по поводу веса, диеты и телосложения не являются редкостью, и это показывает, что западные социокультурные ценности и озабоченность весом тела и диетой — факторы, которые ведут к расстройствам питания среди уязвимых подростков, — могут быть интернализированы и проявлены в очень раннем возрасте (Griffiths et al., 2000; S. Shapiro, Newcomb & Loeb, 1997).

Ученые, отслеживая выборки детей и подростков в течение нескольких лет, зафиксировали связь между проблемами питания в детстве (такими как привередливость в еде или переедание) и последующим

Периоды развития



Проблемы питания



Рис. 13.1. *Континуум развития пищевых привычек и расстройств.*

возникновением расстройства. Изучая на протяжении более 8 лет паттерны проблем питания у нормальных девочек-подростков, Грейбер, Брукс-Ганн, Пайкофф и Уоррен (Graber, Brooks-Gunn, Paikoff & Warren, 1994) обнаружили, что во время каждой проверки около 25% девочек проявляли признаки какой-либо серьезной проблемы питания. У этих подростков отмечались более ранняя половая зрелость, чаще встречалось ожирение, сопутствующие психологические проблемы (особенно депрессия) и более негативное представление о собственном теле, чем у тех, кто не имел проблем питания. В частности, беспокойство в отношении своего веса и фигуры (например страх перед увеличением веса и кажущейся тучностью, волнения по поводу формы тела и соблюдение диеты), по-видимому, в значительной степени связаны с возникновением проблем и расстройств питания в юности (Byely, Archibald, Graber & Brooks-Gunn, 2000; Killen et al., 1996; Striegel-Moore et al., 2000).

Этот набор физических и психологических факторов, связанных с ранними проблемами питания и искаженными представлениями, указывает на паттерн, серьезно грозящий развитием устойчивых и, возможно, тяжелых расстройств питания (Attie & Brooks-Gunn, 1995). Желание выглядеть худым может являться причиной почти эпидемического уровня обращений за помощью молодых людей с расстройствами питания, особенно с булимией, отмечаемого, начиная с середины 1970-х годов во всем западном мире (Hay & Hall, 1991; J. H. Lacey, 1992).

Переход к юности. Переход от детства к ранней юности полон неожиданных трудностей, не самой последней из которых являются значительные изменения в форме тела, требующие серьезной корректировки собственного образа. Во врезке 13.1 описаны некоторые из этих изменений и трудностей в жизни девочек-подростков. В период ранней юности, по мере пубертатного развития, возрастает бес-

покойство по поводу диеты и собственного веса, особенно у девочек, сталкивающихся с «жировым скачком», — этот эффект связан с половой зрелостью и его результатом становится увеличение количества жира в организме, в среднем, на 11 кг (Brooks-Gunn & Warren, 1985). Сроки наступления половой зрелости также влияют на пищевое поведение, поскольку рано созревающие девочки, как правило, весят больше, чем их поздно созревающие сверстницы (Turka et al., 2000).

Как и дети младшего возраста, девочки-подростки сообщают о более негативных чувствах по отношению к себе, чем мальчики, чаще всего потому, что придают большее значение собственному образу, включая представление о своей фигуре. Хотя многие девочки, достигшие половой зрелости, охотно признают свои межличностные и социальные способности, по их словам, им часто кажется, что они выглядят полными и непривлекательными. Напротив, мальчики видят себя в более позитивном свете в том, что касается их достижений, академических устремлений, уверенности в себе и представлений о своей фигуре (O'Dea & Abraham, 1999). Противоречивые социальные взгляды, предполагающие, что женщины должны успешно исполнять как традиционно женские, так и традиционно мужские роли, оказывают дополнительное давление на молодых женщин, устремляя их к некоему эфемерному и карикатурному образу «суперженщины» (M. L. Levine & Smolak, 1992). Девочки-подростки, которые описывают себя в терминах суперженщины, чаще связывают худобу с автономией, успехом и признанием своих независимых достижений; однако при этом они подвергаются значительно большему риску расстройств питания (Steiner-Adair, 1990; Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998).

Хорошо знакомая взаимосвязь между пубертатным прибавлением в весе, началом периода ухода и угрозами статусу успеха способствует не-

удовлетворенности своей фигурой, дистрессу и воспринимаемой потере контроля у подростков, особенно потому, что эти изменения происходят одновременно в течение относительно короткого промежутка времени (M. L. Levine & Smolak, 1992). Как можно ожидать, эти изменения также подталкивают девочек-подростков к курению, которое, как им кажется, защищает от импульсов обжорства и последствий прибавления в весе (Crisp, Sedgwick, Halek, Joughin & Humphrey, 1999). (Мы вернемся к вопросу важности представлений человека о собственном теле при обсуждении анорексии и булимии.)

Диета. Ограничивающая диета стала в Северной Америке излюбленным занятием, особенно среди подростков, которые садятся на диету в очень раннем возрасте. Крупномасштабное исследование учащихся 5–8 классов показало, что почти одна треть придерживалась диеты, а 45% хотели похудеть (Childress, Brewerton, Hodges & Jarrell, 1993). Эти данные согласуются с мнением, что подобные беспокоества часто возникают уже в начальной школе и устойчиво возрастают на протяжении всего периода юности (Huon & Walton, 2000). Значительное число учащихся сообщают о чувстве депрессии после переиздания и выбирают строгую диету как средство контроля своего веса (Stice, Hayward, Cameron, Killen & Taylor, 2000).

По-видимому, регулярная диета тесно связана как с гендером, так и с факторами развития. К середине подросткового периода примерно две трети девочек сообщают о том, что в прошлом году они соблюдали диету, — вдвое большее количество по сравнению с начальной школой. Среди тех, кто соблюдает диету, около 10% девочек являются заядлыми приверженцами диеты — то есть они придерживаются диеты все время или садятся на диету и прекращают ее более 10 раз в году (French, Story, Downes, Resnick & Blum, 1995). Напротив, среди мальчиков заядлыми приверженцами диеты становятся только 2%.

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 13.1 Развитие девочек-подростков: изменения и трудности

Хотя не существует единого объяснения возникновения расстройств питания, повышенную опасность, грозящую девушкам в период юности, могут объяснить многочисленные изменения, связанные с развитием, и социальное давление.

1. **Физическая зрелость.** Физическая зрелость у мальчиков предполагает рост мышечных тканей и сухожилий, тогда как девочки сталкиваются с прибавлением в весе, вызванным увеличением жировой ткани. Раннее начало менструаций — это особый фактор риска для появления булимии (Fairburn, 1994). Юные девушки, набирающие в весе раньше, чем их сверстницы, могут садиться на диету.
2. **Развитие чувства самости.** Юные девушки, чья идентичность отличается непостоянством и зависит от взглядов окружающих, чаще полагаются на манипуляции своим внешним видом в качестве способа конструирования собственной идентичности.
3. **Диета.** Диету критикуют не только в связи с расстройствами питания, но также из-за ее неэффективности как способа поддержания нужного веса в течение продолжительного периода времени. Когда заядлому приверженцу диеты предоставляется возможность наесться вдоволь, велика вероятность, что он не сумеет воздержаться, — феномен, известный как эффект контррегуляции (Polivy & Herman, 1993).

Источник: Wilson, Heffernan & Black, 1996.

Почему диета иногда ведет к перееданию? Пониженное потребление калорий уменьшает скорость метаболизма, поэтому похудание оказывается затрудненным. Эта неспособность похудеть дает начало порочному циклу повышенной верности диете и уязвимости перед приступами обжорства. Психологические последствия также способствуют этому циклу, создавая то, что некоторые исследователи называют «синдромом ложной надежды»: первоначальное настойчивое желание изменить свою внешность ведет к кратковременным улучшениям настроения и собственного образа, но эта надежда убывает по мере нарастания пораженных чувств и потери контроля (Polivy & Herman, 1999). Потеря контроля может привести к приступам обжорства, а очищение желудка рассматривается как способ противодействия восприимчивому влиянию обжорства на прибавление в весе. За очищением неизменно следует чувство отращения и самообвинения, способствующие новым обещаниям воздерживаться и возобновлению всего цикла: диета, переедание, неспособность соблюдать диету и аффективный дистресс (Heatherton & Polivy, 1992; McFarlane, Polivy & McCabe, 1999).

Хотя диета, определенно, является фактором риска в связи с ранней зрелостью у подростков, ее следует рассматривать в перспективе: многие молодые люди соблюдают диету с целью повлиять на вес и форму тела, однако расстройства питания возникают лишь у незначительного меньшинства (Garner, 1993a). Диета может приносить и вред, и пользу в зависимости от индивида и окружающих условий. Важно провести черту между диетой у людей (особенно у детей), которые не страдают избыточным весом, и у тех, чей чрезмерный вес увеличивает медицинский или психологический риск (Brownell & Rodin, 1994). Существует значимая разница между контролем своего веса как частью здорового образа жизни и постоянной, нереалистичной диетой, которая нарушает естественные ритмы и баланс вашего организма.

Биологические регуляторы

Каким образом мы определяем, когда и сколько нам следует есть? Для большинства из нас еда, как и сон, является естественным процессом, контролируемым биоритмами, которые успешно приспосабливаются со временем к стрессу и напряжению нашей индивидуальной жизни. Однако на нормальные паттерны питания и роста, а также на расстройства, в основе которых лежат нарушения в этих паттернах, влияют как физические, так и психологические процессы, которые постоянно взаимодействуют друг с другом. В сущности, ваш конкретный паттерн роста и веса основан на связи между вашими генами и комплекцией, а именно эта связь, начиная с раннего младенчества, управляет вашей способностью регулировать паттерны сна и выделения, аппетит, а также прошлый и текущий паттерны питания.

Скорость метаболизма (обмена веществ), или баланс потребления энергии, устанавливается на основании индивидуальной генетической и физиологической конституции, а также привычек питания и выпол-

нения упражнений. В свою очередь, индивидуальный метаболизм служит цели автоматического слежения за поведением и его регулирования, вследствие чего мы можем испытывать трудности с поддержанием изменений в весе или физических нагрузках. Если вы расходуете больше энергии, чем получаете извне, может иметь место состояние хронического отрицательного энергетического баланса, или гипокалорийного недостаточного питания. За недостаточным питанием, даже в течение коротких периодов времени, следуют физические попытки адаптации, которые могут вызвать серьезные биологические, поведенческие и психологические последствия, включая нарушение циркадных ритмов, повышенное выделение гормонов роста, дерматологические изменения (например исчезновение жировой ткани или повышенная пигментация кожи) и такие эмоциональные и поведенческие изменения, как сонливость, депрессия и апатия (Woolston, 1991). Тем самым расстройства питания и аппетита заслуживают внимательного изучения, ибо подобные проблемы можно не заметить, когда они не сопровождаются более явно выраженными эмоциональными и поведенческими нарушениями.

Вес тела. Любой, кто пробовал соблюдать диету, знает, насколько трудно похудеть и сохранять вес на достигнутом уровне. Снижение веса достаточно быстро происходит в течение первых нескольких недель, но большая часть его со временем набирается снова. Фактически 90–95% тех, кому удастся похудеть, в течение нескольких лет снова полнеют (Garner & Wooley, 1991). Почему же столь трудно изменить вес тела? Многие годы вина возлагалась в основном на недостаточную решимость человека, соблюдающего диету, или на отсутствие у него силы воли, но сегодня исследователи с большим доверием относятся к точке зрения, согласно которой каждый человек биологически и генетически запрограммирован таким образом, что его вес находится внутри определенных, естественных весовых границ. Естественный вес человека колеблется относительно индивидуальной **фиксированной точки**, представляющей собой комфортный вес тела, который организм старается удерживать (Garner, 1997).

В результате у людей, прибавляющих или теряющих в весе, происходят метаболические изменения, которые стремятся вернуть вес тела к естественному. Если уровни жиров понижаются, выходя за границы, являющиеся нормальными для нашего организма, головной мозг (а точнее, гипоталамус) компенсирует эти изменения, замедляя метаболизм. Мы становимся сонливыми и спим дольше, а температура нашего тела слегка понижается, чтобы сохранить энергию (вот почему многие люди с анорексией жалуются, что мерзнут). В этом состоянии относительной депривации становятся обычными неконтролируемые позывы к обжорству, поскольку организм сообщает, что ему требуется больше пищи, чем он получает, с тем чтобы он мог функционировать должным образом.

Аналогично организм сопротивляется прибавлению в весе, увеличивая метаболизм и повышая тем-

температуру тела в попытке сжечь лишние калории (по общему признанию, этой самоотверженной попытки редко бывает достаточно, чтобы преодолеть соблазны праздничных дней и других поводов к чревоугодию). Из-за особой чувствительности организма к изменениям исследователи часто сравнивают воздействие фиксированной точки с работой термостата, который регулирует комнатную температуру. Когда комнатная температура падает ниже определенного предела, термостат автоматически включается и повышает тепловой уровень до тех пор, пока он опять не достигнет установленного температурного режима. Человеческое тело реагирует аналогичным образом на отклонения в весе, раскаляя или охлаждая метаболическую «печь» (Garner, 1997).

Рост. В нормальных условиях биологические механизмы роста подобны хорошо организованной экосистеме леса или озера: замкнутой системе обратной связи, информационным сигналам и рабочим органам, которые работают сообща, чтобы поддерживать нормальный баланс. У людей биология роста в своей основе связана с тем, как гормоны взаимодействуют с наличными питательными ресурсами, с тем чтобы вызвать изменения по всей костной системе. Основными гормонами, определяющими скорость роста в период детства, являются *гормон роста* и *гормон щитовидной железы*, а также стероиды половых желез, активизирующихся в подростковый период, чтобы вызвать новый скачок роста и укрепление скелета. У детей и молодых людей от 50 до 75% гормона роста вырабатывается после наступления глубокого сна (Woolston, 1991), что может объяснить, почему у некоторых маленьких детей имеют место одновременно расстройства питания и сна (Lyons-Ruth, Zeanah & Benoit, 1996).

Тем самым индивидуальный рост зависит от гормона роста, циркулирующего по всему организму. Выделение гормона роста из гипофиза регулируется гипоталамусом и высшими структурами головного мозга, которые влияют на него (лимбическая кора и миндалевидное тело). Эти высшие структуры мозга отвечают за эмоциональное состояние и реакции, что может объяснить связь между пищевыми и эмоциональными расстройствами (которая обсуждается ниже). Подобно тому, как термостат определяет потребность в повышении или понижении температуры, гипоталамус улавливает потребность в повышенном или пониженном выделении гормона роста. Чтобы осуществить эту задачу, гипоталамус выделяет два контролирующих гормона, которые выполняют противоположные функции. *Блокирующий фактор гормона роста* (также называемый соматостатином) существенно замедляет реакцию выделения гормона роста на сигналы голода, вследствие чего мы прекращаем есть. Напротив, *высвобождающий фактор гормона роста* выполняет специфическую функцию оповещения нашего организма о том, когда, как и где ему расти, выделяя гормон роста из гипофиза.

Знакомство с этими биологическими процессами облегчает понимание того, каким образом может произойти нарушение баланса различных факторов,

вызывающее у детей и молодых людей поведенческие и физиологические изменения. Хотя мы не знаем, вызвано ли большинство расстройств питания биологической патологией или же расстройство само приводит к биологическим нарушениям, эти основополагающие биологические механизмы, влияющие на регулирование веса, важны для понимания расстройств питания, обсуждаемых в оставшейся части этой главы.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Проблемные пищевые привычки являются обычным явлением среди детей.
- На нормальное беспокойство о весе и внешности могут чрезмерно влиять родители и сверстники, что иногда приводит к нарушениям питания.
- Ранние пищевые привычки, установки и модели поведения, в силу которых индивид уделяет чрезмерное внимание своей фигуре и стремлению похудеть, повышают вероятность расстройств питания.
- Усиленная диета и беспокойство о собственном весе часто сопровождают переход к юности, особенно у девочек, что может привести к появлению нездоровых паттернов питания.
- Попытки снизить вес путем диеты могут привести к порочному циклу похудения и прибавления в весе. Постоянная диета связана с возникновением у подростков расстройств питания.
- На нормальные паттерны питания и роста, а также на возникновение впоследствии расстройств питания, влияют биологические процессы, такие как индивидуальная скорость метаболизма и фиксированная точка.

РАССТРОЙСТВА АППЕТИТА И ПИТАНИЯ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ И РАННЕМ ДЕТСТВЕ

Расстройства аппетита и питания в младенчестве и раннем детстве образуют общую категорию, которая включает в себя несколько различных проблем развития и поведения, связанных с питанием и ростом, которые проявляются, начиная с очень раннего возраста.

Извращенный аппетит

Извращенный аппетит (pica) — это употребление в пищу несъедобных субстанций, таких как волосы, насекомые или кусочки краски, которое встречается главным образом у очень маленьких детей и лю-

дей с умственной отсталостью. Младенцы и начинающие ходить дети обычно кладут себе в рот различные предметы, поскольку предпочитают исследовать физический мир с помощью органов вкуса и обоняния. Хотя извращенный аппетит является одним из наиболее распространенных и обычно наименее серьезных расстройств питания, у младенца или маленького ребенка, который ест несъедобные, непищевые субстанции в течение 1 месяца или более, может возникнуть более серьезная проблема (Linscheid & Murphy, 1999).

Хотя дети с извращенным аппетитом едят и нормальные продукты, при этом они продолжают употреблять в пищу несъедобные предметы. В большинстве сообщаемых случаев расстройство начинается в младенчестве и длится в течение нескольких месяцев, после чего оно прекращается само собой или в связи с дополнительной стимуляцией младенца и улучшением окружающих условий. Однако у индивидов с умственной отсталостью извращенный аппетит может сохраняться в юности, прежде чем начнет постепенно идти на убыль.

Распространенность и развитие. Извращенный аппетит редко диагностируют среди детей, не воспитывающихся в интернатах, поэтому оценки распро-



У младенцев и начинающих ходить детей с извращенным аппетитом это расстройство может возникать в результате слабой стимуляции и плохого присмотра. Им грозит серьезная опасность отравления солями тяжелых металлов или запора.

странности среди населения в целом отсутствуют. Однако считается, что извращенный аппетит распространен во всех возрастных группах среди детей и взрослых, содержащихся в интернатах, особенно среди больных с более тяжелыми психическими нарушениями и умственной отсталостью (Matson & Bamburg, 1999). У людей, страдающих крайними формами расстройства, степень тяжести часто связана со степенью средовой депривации и умственной отсталости.

Причины и лечение. В прошлом извращенному аппетиту иногда способствовали мода и социальное давление, схожие с теми, которые влияют на представления об идеальной фигуре и внешности сегодня. Например, в XVIII и XIX вв. девушки иногда употребляли в пищу известь, уголь, уксус и мел, так как считалось, что эти вещества придают коже «модный» бледный цвет (Parry-Jones & Parry-Jones, 1994).

Специфические причины извращенного аппетита не выявлены. Извращенный аппетит может появиться на первом и втором годах жизни, даже у в остальном нормально развивающихся младенцев и начинающих ходить детей. Единственной отличительной характеристикой этих детей является то, что они, как правило, подвергаются слабой стимуляции в своей домашней среде и что за ними могут плохо присматривать. Из-за опасности отравления солями тяжелых металлов или запора, извращенный аппетит может стать очень серьезной и существенной проблемой для этой группы младенцев или начинающих ходить детей (Linscheid & Murphy, 1999; Woolston, 1991).

Исследователи также предполагают, а в некоторых случаях обнаруживают в организме людей с извращенным аппетитом недостаток витаминов и минеральных веществ, хотя пока и не установлена причинная связь между этим расстройством и какими-либо специфическими биологическими патологиями (Vyas & Chandra, 1984). Нет данных, за исключением случаев умственной отсталости, что в этиологии расстройства играют роль генетические факторы. Однако, как упоминалось ранее, извращенный аппетит у детей представляет собой фактор риска, способствующий развитию булимии в юности.

Из-за ограниченного количества исследований нельзя сделать никаких выводов об относительном успехе какого-либо метода лечения извращенного аппетита (К. Е. Bell & Stein, 1992). В большинстве клинических вмешательств упор делается на процедуры оперантного обусловливания, в которых родителям показывают, как нужно подкреплять у ребенка желательное поведение, например исследование помещения или игру с объектами. Позитивные формы внимания, включая улыбки, смех и щекотку, обеспечивают дополнительную стимуляцию и особенно полезны, поскольку расстройство часто бывает связано с неадекватными интеракциями с родителями (L. Burke & Smith, 1999). Родителям также советуют поддерживать чистоту в среде, окружаю-

щей ребенка, и убирать опасные субстанции или хранить их в безопасном месте.

Расстройство аппетита в младенчестве или раннем детстве

Расстройство аппетита в младенчестве или раннем детстве характеризуется внезапным или характерным замедлением прибавления в весе у младенца или маленького ребенка (до 6 лет) и задержкой или остановкой эмоционального и социального развития. Это расстройство может привести к физической или умственной отсталости и даже к смерти.

Распространенность и развитие. Расстройства аппетита и неспособность прибавить в весе являются относительно распространенными, поражая до трети маленьких детей (Lyons-Ruth et al., 1996). Однако неспособность прибавить в весе встречается гораздо чаще среди детей, живущих в неблагоприятных условиях: вес и рост почти 10% детей из семей с низким доходом ниже 5-го перцентиля (Trowbridge, 1984). Расстройство аппетита особенно неприятно, поскольку если его не идентифицировать на раннем этапе, оно может иметь долговременные последствия для роста и развития. Среди девочек и мальчиков расстройства аппетита распространены в одинаковой степени.

Среди детей с расстройствами аппетита отсутствует какой-то типичный исход развития, вероятно потому, что многие из факторов, которые привели к проблеме, влияют и на течение болезни. Однако возникновение расстройства аппетита в течение первых 2 лет жизни, что является обычным паттерном, может приводить к недостаточному питанию и тем самым иметь серьезные последствия для развития. Если отсутствует какая-либо медицинская причина, объясняющая неспособность прибавить в весе, такое раннее начало расстройства часто бывает связано с плохим уходом, включая жестокое обращение с ребенком и запущенность (APA, 2000). Тем самым расстройство аппетита может приводить к неспособности нормального развития или быть ее следствием. Как и следует ожидать, факторы, которые со временем ведут к более серьезным проблемам, включают в себя степень и хронический характер недостаточного питания, задержки в развитии, тяжесть и продолжительность проблем в отношениях между младенцем и опекуном и прочие проблемы, такие как физическое насилие, запущенность ребенка или социальная изоляция семьи (Drotar, 1991).

Причины и лечение. Этиология расстройства аппетита изучалась как с биологических, так и с психосоциальных позиций, и в настоящее время оптимальное заключение сводится к следующему: многочисленные взаимодействующие факторы риска влияют на то, как ребенок приспосабливается к определенному уровню потребления калорий, и на то, демонстрирует ли он нормальное или патологическое поведенческое развитие. Поскольку расстройство аппетита давно связывают с семейным неблаго-

получием, бедностью, безработицей, социальной изоляцией и психическими заболеваниями родителей, этим проблемам уделялось особое внимание.

Расстройства питания у матерей были идентифицированы как специфический фактор риска, способствующий расстройству аппетита и питания у младенца. Бринч, Исагер и Толстрап (Brinch, Isager & Tolstrup, 1988) провели исследование группы женщин, страдавших нервной анорексией, и обнаружили, что у 17% их детей на первом году жизни была диагностирована задержка развития. Была также обнаружена прямая связь между подобными проблемами и ущербными пищевыми привычками и установками матерей (A. Stein, Murray, Cooper & Fairburn, 1995). Из-за крайней важности отношений мать—ребенок на ранних стадиях привязанности, расстройства аппетита, возникающие у младенцев и маленьких детей, могут свидетельствовать о какой-либо фундаментальной проблеме в этих отношениях (Lyons-Ruth et al., 1996). Поэтому лечебные методы предполагают тщательную оценку пищевого поведения и других форм интеракции родитель—ребенок, таких как улыбки, разговор и утешение, позволяя при этом родителям играть роль в выздоровлении младенца (D. A. Wolfe & St. Pierre, 1989).

Два расстройства роста, связанные с ранними нарушениями аппетита — задержка развития и психосоциальная карликовость, — могут иметь тяжелые последствия для физического и психического развития ребенка. Подобно расстройству аппетита, эти сопутствующие расстройства уходят своими корнями в социальное и экономическое неблагополучие и часто бывают связаны с неадекватным или бездушным уходом, берущим начало в раннем младенчестве. Задержка развития считается общим результатом многочисленных биологических, психологических и социальных факторов, которые влияют на рост и жизнеспособность младенца или начинающего ходить ребенка (Attie & Brooks-Gunn, 1995). Психосоциальная карликовость связана с тяжелыми нарушениями роста, начало которых приходится на дошкольные и школьные годы.

Задержка развития

Задержка развития характеризуется тем, что вес ребенка составляет менее 5-го перцентиля для его возрастной группы и/или скорость прибавления в весе замедляется с момента рождения до настоящего времени, по крайней мере, на два средних квадратичных отклонения, согласно сравнительным графикам норм роста (Budd et al., 1992; Lyons-Ruth et al., 1996). Ранее описанные расстройства аппетита и питания в раннем детстве могут приводить к неспособности нормально развиваться, сосуществовать с ней или являться ее следствием.

Острая дискуссия ведется по поводу значимости эмоциональной депривации (недостаток любви) и недостаточного питания. Исследователи доказывают, что младенец с неспособностью к нормальному развитию был лишен материнской стимуляции и любви, что вызывает бедность эмоций, и в итоге физио-

логические изменения. В одном исследовании было обнаружено, что матери младенцев, у которых диагностировали задержку развития, более ненадежны в отношении привязанности по сравнению с матерями нормальных младенцев. Матери младенцев с неспособностью нормально развиваться были также более пассивными и неуверенными в себе и либо начинали бурно негодовать во время обсуждения прошлых и текущих отношений привязанности, либо считали такие привязанности маловажными и не имеющими значения (Venoit, Zeanah & Barton, 1989).

Эти результаты подтверждают гипотезу, что расстройство питания и роста в раннем младенчестве тесно связаны с низким качеством привязанности родитель—ребенок, которая, скорее всего, отражает бесчувственное отношение к самому родителю, когда он был ребенком. Бедность, семейная дезорганизация и ограниченная социальная поддержка повышают вероятность недостаточного питания и неспособности роста. Вероятность проблем роста повышена и у младенцев, с кормлением и питанием которых возникают трудности (из-за таких факторов, как темперамент и острые физические заболевания) (Budd et al., 1992; Drotar, 1991).

Задержка развития считается явным индикатором серьезных проблем в формировании ранних отношений родитель—ребенок, приводящих к неспособности удовлетворить потребность ребенка в зависимости. Наблюдения за детьми, у которых диагностировали задержку развития, показывают, что раннее плохое обращение может привести к тому, что впо-

следствии потребуется вмешательство с целью улучшения состояния ребенка (С. F. Haynes, Cutler, Gray & Kempe, 1984). Более того, госпитализации с целью добиться прибавления в весе, без учета отношений родитель—ребенок, часто бывает недостаточно, чтобы воспрепятствовать нанесению ребенку дальнейшего вреда.

Особенно важно в отношении неспособности к нормальному развитию то, что исход развития тесно связан с домашней средой ребенка. Ребенок, взятый из неблагополучных домашних условий, избавляется от многих проблем нейроэндокринологии, роста и поведения (Hopwood & Becker, 1979). Нормализация занимает от нескольких недель до 2 лет, в зависимости от степени эндокринных нарушений (Green, Campbell & David, 1984; Silver & Finkelstein, 1967). Однако если ребенок возвращается в проблемное окружение, благотворное воздействие часто замедляется или сходит на нет. По этим причинам этиология в значительной мере сосредоточена на родительской психопатологии, которая приводит к плохому обращению с ребенком. Короче говоря, эти сопутствующие расстройства аппетита могут быть биологическим следствием жестокого обращения с ребенком и запущенности.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Извращенный аппетит — это употребление в пищу несъедобных субстанций. Он отмечается главным образом у младенцев, начинающих ходить детей и некоторых людей с умственной отсталостью.
- Расстройство аппетита в младенчестве или раннем детстве характеризуется внезапным или быстрым замедлением прибавления в весе и нарушением прохождения основных этапов развития. Расстройство может иметь серьезные последствия.
- Расстройство аппетита в раннем детстве может приводить к неспособности нормального развития, характеризуемой тем, что вес ребенка составляет менее 5-го перцентиля для его возрастной группы, или быть следствием этой неспособности.

ОЖИРЕНИЕ

Ожирение в детском возрасте считается хроническим болезненным состоянием, схожим с гипертонией или диабетом, и характеризуется наличием в организме избыточного жира. Люди с ожирением регулируют свой вес адекватным образом, но их фиксированная точка приподнята. Ожирение обычно определяют в терминах *показателя массы тела* (body mass index, BMI; в сущности, отношение роста к весу) выше 95-го перцентиля, основанного на



У этого четырехмесячного младенца остановилось увеличение веса и развивается задержка развития.

нормах, установленных для возраста и пола ребенка.

Как мы видели, все большее число детей и подростков оказываются жертвами цикла диеты. Причины желаний похудеть весьма веские: в западном обществе ожирение считается постыдным недостатком и несет с собой множество опасностей для социальной жизни и здоровья. Хотя ожирение, определенно, не является психическим расстройством, оно может значимым образом влиять на психическое и физическое развитие ребенка.

Эллен, 18-летняя девушка, которая впервые осознала свою тучность, когда ей было 9 лет, описывает свои мысли и чувства по поводу собственного веса. Она согласилась придать гласности нижеследующие записи из своего дневника, ведение которого она рассматривает как составную часть терапии.

Эллен: Собственный образ и самооценка

Мне не безразлично, что люди говорят и думают о моей фигуре. Мне кажется, вся эта история с самооценкой началась, когда я была маленькой и другие дети насмеялись надо мной из-за моей тучности — что, в сущности, прекратилось лишь около года назад. Да, все дело в грубости окружающих и в отсутствии у них чуткости к чьей-то проблеме. Из-за этих придурков мне всегда приходилось прилагать больше усилий во всем, чтобы доказать, что я не какая-нибудь жирная пустышка — под внешней оболочкой был человек, который жил, дышал, переживал...

...Я угодила в эту ловушку примерно в 5-летнем возрасте, позволив образу толстухи, созданному другими, стать моим собственным представлением о себе. Сейчас я дошла до того, что принимаю новый взгляд на себя как на худеющего человека только от других, и не позволяю себе считать себя худой. Бывают ситуации, когда я получаю то, что желаю — примеряя одежду меньшего размера, слыша комплимент от совершенно незнакомого человека или когда подруга говорит мне, что я сегодня прекрасно выгляжу, — я воодушевляюсь от этих похвал и они могут поддерживать меня день-другой, а затем я возвращаюсь к начальной точке — кто этот человек на снимке?

Я напугана. Всю свою жизнь я хотела быть худой... Я знаю, что в тот день, когда я стану весить 170 фунтов (77 кг), не будет ни фейерверка, ни принца на белом коне. Это будет личной вехой, которую отметят близкие подруги; они могут хлопнуть меня по спине и сказать: «Хорошая работа — наконец ты этого добилась»... Мне кажется, чем ближе цель, тем я более растеряна/эмоционально возбуждена из-за всего происходящего, понимая, что цифровой показатель не приведет мои мысли в порядок и не заставит меня радоваться своему достижению.

Вся эта история с самооценкой кажется столь же, если не более трудной, чем фактическое похудение. Чтобы сбросить вес, вы употребляете в пищу положенные продукты и выполняете упражнения — вес снижается, — но изменить представления о самой себе — это нечто совершенно иное. Как изменить определенный взгляд на себя, сохранявшийся в течение приблизительно 18 лет, когда вы в действительности больше не являетесь этим человеком? Если следовать компьютерной терминологии, я сменила жесткий диск, и программные средства перестали быть совместимыми. Я не знаю, с чего начать писать свою новую программу. И все начинается заново — проблема не в том, куда я двигаюсь, а в том, что я себе говорю. Как мне себя убедить — следует ли писать по 500 раз в день, что я худая, стоящая, милая, собранная, хорошая работница, приятная личность, хорошенькая, сообразительная, логически мыслящая, полезная советчица? Я знаю, что у меня имеются все эти качества, но они находятся в тени башни, которую представляет собой эта проклятая история с весом. Мне нужен бульдозер, чтобы обрушить эту башню. Откуда должен появиться бульдозер — изнутри? Но где он спрятан, где позитивные чувства, непринужденность в отношениях с собой, уверенность, что я на самом деле выгляжу милой и желанной? (Foreyt & Cousins, 1987).

Откровенные записки Эллен отражают социальную и эмоциональную дилемму, с которой так часто сталкиваются дети и подростки с избыточным весом и которую девушка характеризует как «историю с самооценкой». Многие тучные дети и взрослые страдают от последствий западных культурных установок, которые отождествляют привлекательность и компетентность с худобой. Начиная уже с первого класса школы, дети реже дружат с полными сверстниками (Goldfield & Chrisler, 1995), и подобные установки набирают силу в период юности (Striegel-Moore et al., 2000). Хотя похудание Эллен — с помощью групповой и индивидуальной терапии, — было медленным, девушка положила конец критическим замечаниям, которые досаждали ей, начиная с детства, установив перед собой реалистичную цель сбросить вес до 170 фунтов.

Распространенность и развитие

В последнее десятилетие раздавались тревожные сигналы в отношении того факта, что увеличивается число детей, имеющих избыточный вес или страдающих ожирением. Например, количество детей с избыточным весом подскочило от 5% в 1960-х до почти 13% в 1990-х годах (Cowley, 2000). В период между началом 80-х и серединой 90-х годов уровень ожирения среди мальчиков 7–13 лет почти *утроился*, а распространенность ожирения среди девочек того же возраста увеличилась более чем в два раза (M. S. Tremblay & Willms, 2000).

На рис. 13.2 видно, как порции, съедаемые детьми, резко отличаются по количеству калорий, что может объяснить скачкообразное увеличение процента мальчиков и девочек с избыточным весом, особенно за последнее десятилетие (см. «Небезопасно в любом возрасте»). Этот рисунок также показывает, как подсчитывают и находят на графике показатель массы тела (см. «Не страдает ли избыточным весом ваш ребенок?»). Обратите внимание, как, согласно оценкам, показатель массы тела увеличивается с возрастом, особенно в юности.

Хотя между ожирением в младенчестве и ожирением в позднем детстве нет тесной связи, велика вероятность, что *начавшееся в детстве ожирение сохраняется в юности и зрелости* (Troiano, Kuczmarski, Johnson, Flegal & Campbell, 1995; Woolston, 1991). Людям с ожирением уже в юности грозит ряд проблем со здоровьем, таких как сердечно-сосудистые заболевания и повышенный уровень содержания в организме холестерина и триглицеридов (Nauman, Meininger, Coates & Gallagher, 1995).

Внушают тревогу и такие данные: ожирение в предпубертковом возрасте представляет собой фак-

тор риска в последующем развитии расстройств питания, особенно у девушек, в основном из-за того, что сверстники игнорируют или дразнят тучных детей. Ожирение сильно коррелирует с насмешками со стороны сверстников в раннем возрасте; в свою очередь насмешки являются предвестником общей неудовлетворенности внешностью и фигурой и приводят в действие цепочку ограничивающих и очень опасных привычек питания (Thompson, Coovert, Richards, Johnson & Cattarin, 1995). Детям и подросткам с избыточным весом может потребоваться с раннего возраста помощь в выработке здорового, приемлемого представления о своей фигуре, с тем чтобы они могли противостоять приносящему вред и жестокому давлению среды, которому они подвергаются в ранней юности (Vincent & McCabe, 2000).

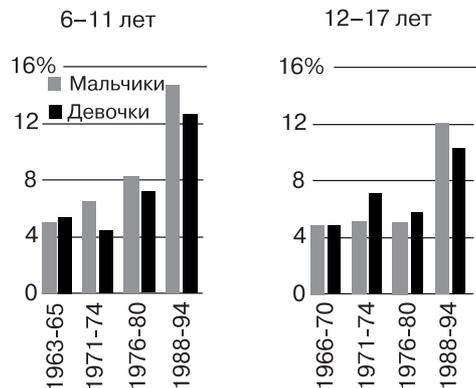
Аналогичным образом, в ходе 10-летнего диспансерного наблюдения за детьми, которые ранее лечились от ожирения, Л. Х. Эпштейн, Кляйн и Визниевски (L. H. Epstein, Klein & Wisniewski, 1994) обнаружили, что распространение булимии среди девочек составляет 6%, что в 2–6 раз превышает общий уровень этого расстройства. Тем самым нали-

Детям трудно оставаться худыми, когда порции продолжают расти. Посмотрите, что американцы едят, и как это отражается на их фигуре:

* Традиционный гамбургер в «Макдоналдсе» с 16 унциями кока-колы и малой порцией картофеля-фри содержит 627 калорий и 19 граммов жира

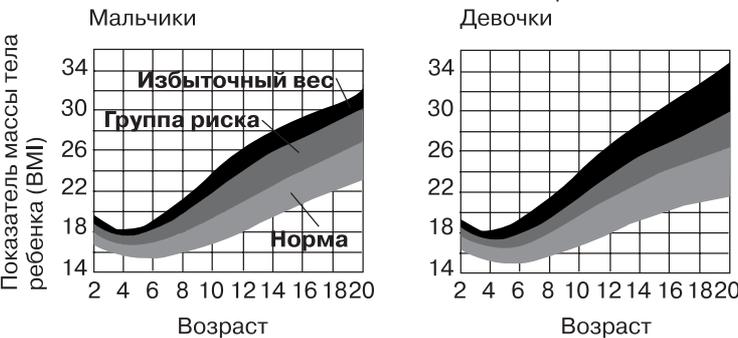
* Вы переходите к «Биг-Маку» с сыром, и заказываете большие порции напитка и картофеля-фри. Теперь ваш ленч содержит 1805 калорий и 84 грамма жира.

Небезопасно в любом возрасте: После 1960-х годов процент американских детей с избыточным весом увеличился более чем в 2 раза.



Не страдает ли ваш ребенок избыточным весом? Чтобы это узнать, высчитайте показатель массы тела ребенка и определите его положение на одном из двух графиков, показанных ниже:

$$\frac{\text{Вес ребенка в фунтах}}{\text{Рост в дюймах}} \div \frac{\text{Рост в дюймах повторно}}{\text{Показатель массы тела ребенка}} \times 703 = \text{Показатель массы тела ребенка}$$



Источник: Newsweek, July, 3, 2000, p. 43. Источники данных: Centers for Disease Control and Prevention; McDonald’s.
Рис 13.2. Растущие порции, толстеющие дети.

чие избыточного веса в детстве может затруднять в юности и зрелости достижение или поддержание культурно поощряемой степени худобы, а индивидуум может принимать более радикальные меры по контролю своего веса, которые способны привести к расстройству питания.

Причины. Вес тела, подобно росту и цвету волос, в значительной степени обусловлен генетически. К 17-летнему возрасту ребенок двух тучных родителей имеет в 3 раза большие шансы быть тучным, чем ребенок худых родителей; более того, если один из сиблингов (родных братьев или сестер) страдает ожирением, вероятность, что второй сиблинг тоже будет тучным, равна 40% (Garn & Clark, 1976). Однако хотя наследственность может отвечать за существенный процент отклонений в весе тела, другие индивидуальные и связанные с семьей факторы, такие как режим питания и образ жизни, также играют определенную роль (Klump, McGue & Iacono, 2000).

Исследователи обнаружили одну из основополагающих генетических причин крайнего ожирения, что способствовало более тщательному изучению биохимических факторов ожирения. Лабораторные исследования позволили выявить у мышей ген ожирения, который содержит инструкции по производству белка, называемого *лептином* (J. Friedman & Burley, 1995). Вскоре после этого у детей с крайними степенями ожирения был обнаружен недостаток лептина (Montague et al., 1997). У людей с ожирением имеет место определенная резистентность к воздействию лептина — ситуация, схожая с диабетом у взрослых, когда организм больного, как правило, производит инсулин, но тот не оказывает необходимого воздействия, приводя к тому, что уровень сахара выходит из-под контроля. Уровень лептина *понижается* при диете, поэтому вероятность того, что лептин обеспечит обратную связь с гипоталамусом, становится еще меньше. Парадоксально, но эта связь между диетой и пониженным уровнем лептина может объяснить, почему диета обостряет чувство голода и замедляет метаболизм, приводя к повторному набору веса, который был сброшен (Laessle, Wurmser & Pirke, 2000).

Несмотря на сильное влияние биологических факторов, правильный режим питания и физических упражнений играют решающую роль в обуславливании уровня ожирения у ребенка. Мы не только наследуем свою биохимическую конституцию от родителей, но и постоянно взираем на них, как на своих наставников, и берем с них пример, когда вырабатываем установки по отношению к пище и еде (Baker, Whisman & Brownell, 2000). Родители определяют, какая пища будет на столе, и формируют подход к выполнению упражнений и диете. Однако неопытные или испытывающие сильное давление родители могут отвечать на любой признак дистресса у младенца или начинающего ходить ребенка попытками накормить его, отсутствием заботы или обеими реакциями. Кроме того, родители тучных детей иногда испытывают повышенную трудность с

определением количества пищи, что оказывает прямое влияние на тенденцию ребенка переесть (J. B. Sherman, Liao, Alexander, Kim & Kim, 1995). Подобно многим другим расстройствам детства, ожирение и неадекватные привычки питания связаны со степенью семейной дезорганизации, простирающейся от плохой коммуникации и отсутствия воспринимаемой семейной поддержки до сексуального и физического насилия (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring & Resnick, 2000).

Лечение. Из-за возможных последствий, как для здоровья, так и для социальной жизни, при профилактике и вмешательствах в случае ожирения у детей принимается во внимание не только индивидуальное здоровье, но и семейные ресурсы. За исключением случаев, когда имеют место серьезные медицинские осложнения, педиатры часто рекомендуют правильное питание с целью приостановки прибавления в весе, до тех пор пока рост и вес ребенка не будут пропорциональными. Однако это не предполагает, что ребенка следует посадить на диету, поскольку энергоограничивающая или несбалансированная диета может грозить возникновением проблем медицинского характера или научения.

Функционирование семьи не только влияет на паттерны питания и ожирение, оно может быть и средством предотвращения и лечения ожирения. Всем известно, что любое снижение физической активности по отношению к потреблению пищи, например еда во время просмотра телепередач, может привести к увеличению веса. Поэтому усилия в борьбе с ожирением в детстве часто направлены на расширение знаний родителей о питании и повышении активности детей (Gable & Lutz, 2000).

Методы лечения не должны быть связаны с напряженными физическими упражнениями или строгой диетой, следует прививать ребенку активный, более подвижный образ жизни. Дети с ожирением и избыточным весом нуждаются в родительской стимуляции, поэтому многие эффективные программы обучают родителей и детей тому, как быть более активными (L. Epstein, Paluch, Gordy, Saelens & Ernst, 2000). Дети, которых обучают активности и поощряют за большую подвижность (такую как игра на улице и меньшее сидение перед телевизором), начинают больше любить интенсивную деятельность, что в свою очередь способствует снижению веса (L. H. Epstein et al., 1995). Аналогичным образом, следует предвидеть ловушки, которые таят планы по контролю веса, и избегать их, с тем чтобы можно было изменить среду и образ жизни ребенка. Например, можно посоветовать родителям не приносить домой высококалорийные закуски и следить за тем, что они едят на глазах у своих детей.

Другие поведенческие вмешательства ставят целью сделать более адаптивными и регулируемыми пищевые привычки ребенка и его паттерны физической активности. Процедуры самоконтроля побуждают детей устанавливать собственные цели, касающиеся режима питания, веса и упражнений, и обу-

РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ В ЮНОСТИ

чают их необходимым навыкам достижения этих целей при минимуме внешних указаний со стороны родителей или врачей. К примеру, можно обучить детей слежению за количеством и составом пищи, когда они ее едят, и за теми, кто разделяет с ними трапезу; следует поощрять и аналогичное самостоятельное слежение за целями, поставленными в упражнениях (Foreyt & Cousins, 1989). Даже если некоторые дети оказываются неспособными достичь намеченных целей в снижении веса или удержаться на достигнутом рубеже, обучение самоконтролю детей с ожирением все равно способствует повышению у них чувства воспринимаемого контроля (Israel, 1999).

В последнее время школы начали играть большую роль в том, чтобы помочь маленьким детям выработать здоровое представление о собственном теле и уменьшить число факторов риска, связанных с нездоровым питанием (Kater, Rohweg & Levine, 2000). Участие педагогов было обусловлено внушающим тревогу увеличением за последнее десятилетие числа детей с избыточным весом, а также беспокойством, что дети могут поддаться культурным влияниям, которые придают чрезмерное значение диете и внешнему виду. Учитывая важность ранних привычек питания и влияния на маленьких детей культурных ожиданий, разрабатываемые в школах программы удовлетворяют потребность детей и подростков в знаниях и оказывают им поддержку в выработке здорового представления о собственном теле и пищевых установках (Neumark-Sztainer, Martin & Story, 2000; O'Dea & Abraham, 2000).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Ожирение в детском возрасте определяется как показатель массы тела выше 95-го перцентиля для детей одного и того же возраста и пола.
- Ожирение не является психическим расстройством, но оно может заметно влиять на психическое и физическое развитие ребенка.
- Ожирение повышает вероятность нездоровых паттернов питания, хронических проблем со здоровьем и последующих расстройств питания.
- Причины ожирения и родственных нарушений (таких как проблемные пищевые установки) включают генетическую предрасположенность и семейные влияния, такие как плохая коммуникация, отсутствие поддержки и в крайних случаях сексуальное и физическое насилие.
- Лечение и профилактика часто направлены на то, чтобы помочь родителям активно влиять на питание детей и их уровень активности. Школы вносят вклад в эти усилия, обучая детей правильному питанию, выполнению упражнений и прививая им здоровые пищевые установки и представления о собственной фигуре.

Расстройства питания и связанные с питанием проблемы, такие как диета и обжорство, чаще всего возникают во время двух важных периодов подросткового развития: в начале юности и при переходе от поздней юности к молодости (Attie & Brooks-Gunn, 1995). Факторы риска в раннем и среднем детстве, такие как проблемы аппетита, паттерны диеты и негативное представление о своей фигуре, начинают взаимодействовать с постоянными трудностями, с которыми сталкиваются подростки. Это заставляет некоторых подростков, особенно девочек, чрезмерно контролировать свой режим питания в ложной попытке справиться со стрессом и физическими изменениями. В некоторых случаях такой контролируемый паттерн питания, вместе с другими непродуманными попытками компенсировать изменения в весе (такими как чрезмерные упражнения), ведет к серьезным расстройствам питания, например к нервной анорексии и нервной булимии.

Нервная анорексия привлекла к себе внимание медиков в 1873 году, когда два врача впервые описали это расстройство. Сэр Уильям Галл (Gull), английский врач, дал название этой проблеме и впервые описал ее как специфическое заболевание; примерно в то же время в Париже психиатр Шарль Ласег (Lasegue) описал анорексию с социальной и психологической точек зрения. Оба исследователя заметили, что болезнь сильнее распространена в наиболее состоятельных социальных классах, что заставило Ласега предположить связь между отсутствием родительской любви (считавшимся относительно распространенным явлением среди богатых семей) и озабоченностью пищей. Конфликт между родителями и детьми мог подтолкнуть некоторых девочек-подростков к отказу от пищи как способу выражения своих отвергнутых чувств. Соответственно, на рубеже веков предписываемым лечением анорексии была «парентэктомия», удаление ребенка из семейной обстановки, которое сочеталось с кормлением насильно с помощью любых необходимых средств (R. Epstein, 1990).

Упоминания о том, что в настоящее время называют булимией, восходят к сделанным в VI в. описаниям более чем 40 больных, у которых проявились симптомы, охарактеризованные как «неутолимая прожорливость, нездоровый или собачий аппетит, с рвотой или без нее» (Parry-Jones & Parry-Jones, 1994, стр. 288). Любопытно, что почти все исторические случаи описывают мужчин, возможно потому, что переедание считалось социально приемлемым явлением, свидетельствующем о богатстве или успехе — полная противоположность сегодняшнему паттерну.

Идеальные параметры тела меняются со временем и культурными предпочтениями. Фигуры на полотнах Рубенса считались привлекательными и желанными до конца XIX в., когда на представления

об идеальной фигуре повлияли серьезные культурные изменения. В викторианский период воздержание от пищи соответствовало преобладающим социальным взглядам. Хороший аппетит рассматривался как безудержное проявление чувственности и отсутствие самоконтроля; ожидалось, что женщины должны проявлять пассивное безразличие по отношению к сексу и еде. Тем самым, воздержание женщин от пищи стало морально, духовно и социально желательным, главным образом как стремление скорее к духовной, нежели физической, красоте (Brumberg, 1988).

Нервная анорексия, согласно определениям врачей на рубеже XX в., была симптомом неадекватного выбора в любви, лишения социальных возможностей и конфликтов с родителями. Стройность символизировала асексуальность и аристократичность, которые предполагали нахождение на значительной социальной дистанции от трудовых классов (Attie & Brooks-Gunn, 1995). Берущие начало в 1930-х годах, сегодняшние установки и представления об идеальной женской фигуре и внешности были сформированы рекламодателями, кинозвездами, модельерами одежды и аналогичными влияниями, и привели к тому, что стройность стала объектом культурных предпочтений.

Значимость питания для женской идентичности, роль семьи и социального класса в формировании представлений об идеальной фигуре и пищевых предпочтениях, а также использование регулирования веса как заменителя саморегулирования и контроля в юности и сегодня остаются основными причинами расстройств питания. За последнюю четверть века значимыми и потенциально опасными осложняющими факторами были признаны несколько дополнительных аспектов расстройств питания, таких как постоянное воздержание от пищи, акцент на избыточную активность и булимические симптомы обжорства и очищения кишечника (Tugka et al., 2000).

Нервная анорексия

Марта: Озабоченность пищей и весом

В 14-летнем возрасте Марта была ростом 5 футов и 2 дюйма и весила 69 фунтов (соответственно, 157,5 см и 31,3 кг). И полагала, что это нормально. «Я считаю, что мне не нужно прибавлять в весе, что сейчас у меня приемлемый вес», — читаем мы в ее дневнике. Марту положили в больницу в рамках программы «Расстройства питания», поскольку диета, на которую она перешла шесть месяцами ранее, увлекшись вопросами здоровья, вылилась в анорексию: озабоченность пищей и весом, которая подрывала жизненные силы и грозила погубить девушку.

«Все началось, когда мне было 13, — объясняет Марта. — Перед тем как отправиться в лагерь, я проходила медосмотр, и врач сказала, что

я должна больше есть, поскольку у меня еще не начались менструации. Она сказала: «Ешь больше молочных продуктов, так как мы хотим, чтобы твой организм заработал». В лагере Марта стала есть так, как питается человек, сидящий на диете. «Утром я съедала вазочку персиков. Поначалу я еще ела горячие блюда, но затем перешла на одни салаты. Мои подруги говорили: «Черт возьми, ты следишь за своим здоровьем». В то лето я похудела на три фунта. Ничего серьезного».

Но это было началом серьезного расстройства. У Марты так и не начинались месячные, но она оставалась верна в отношении пищи навязчивой идее, которая преследовала ее в течение нескольких лет. Вместе с новым режимом питания появилась строго выполняемая программа физических упражнений. «Это происходило постепенно, но я по-настоящему втянулась: прихожу домой, никакого ланча, делаю домашние задания. Днем прыгаю через скакалку в течение десяти минут. Съедаю обед. Каждый вечер я делала подъемы из положения лежа, держала на весу ноги и совершала маховые движения. Каждое упражнение по 50 раз — ни больше ни меньше».

Мама Марты делала все, чтобы заставить дочь нормально питаться. «Мы говорили ей: «Ты должна съесть это», — но она начинала рыдать и выбегала из комнаты». Обеденный стол превращался каждый вечер в поле боя, когда упрямый отказ Марты принимать пищу становился объектом всеобщего внимания. «Я хотела есть, быть как другие люди, но не могла, — объясняет она. — Я много думала о своем намерении не позволять себе есть каждый день. Мне казалось, что еда — это нечто, над чем я имею полный контроль, и я не хотела лишаться этого контроля».

Никто не мог убедить Марту, что ей грозит опасность. Наконец врач настоял, чтобы ее госпитализировали, и был осуществлен тщательный контроль за лечением заболевания. Потребовалось длительное пребывание в больнице и интенсивная индивидуальная и семейная терапия после выписки, чтобы Марта осознала и разрешила свои проблемы.

Сейчас, когда Марте 16 лет, она весит 100 фунтов (чуть больше 45 кг) и продолжает поправляться. Марта может сосредоточиться на долгосрочных целях — она планирует поступить в медицинское училище и стать педиатром, — и ее не пугает то, что ей придется посвятить учебе много лет. «Я не боюсь тяжелой работы, — говорит она. — Я способна на это». (Solín, 1995)

Марта страдает ограничительным видом **нервной анорексии**, расстройства питания, характеризуемого:

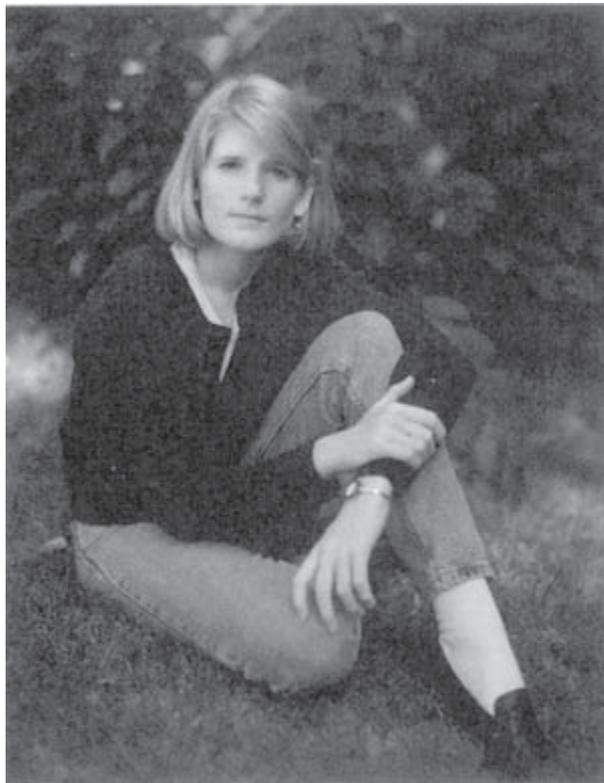
- отказом поддерживать минимально нормальный вес тела;

- сильным страхом перед прибавлением в весе;
- заметным нарушением в восприятии и ощущении параметров собственного тела.

Как показывает история с Мартой, это тяжелое расстройство питания, которое, если оставить его без внимания, может иметь самые серьезные последствия для физического и психического здоровья. Одной из наиболее характерных особенностей психопатологии этого расстройства является то, что люди с анорексией отрицают, что они слишком худые или что у них имеется проблема с весом. В результате друзьям или членам их семьи часто приходится настаивать, чтобы они показали врачу. Диагностические критерии нервной анорексии приведены в табл. 13.1.

Хотя слово *анорексия* означает буквально «потеря аппетита», это определение вводит в заблуждение, поскольку человек с этим расстройством редко страдает потерей аппетита. Потеря в весе достигается сознательно, путем очень строгой диеты, очищения желудочно-кишечного тракта или физических упражнений. Хотя многие время от времени используют эти методы, для того чтобы похудеть, люди с анорексией испытывают сильный страх перед ожирением и упорно стремятся к худобе.

Молодым людям, страдающим анорексией, присуще серьезное искажение в том, как они ощущают вес и форму своего тела. Некоторым кажется, что их



Марта в 16-летнем возрасте, на пути к полному избавлению от нервной анорексии.

тело имеет избыточный вес, тогда как другие осознают свою худобу, но считают, что некоторые части тела у них слишком толстые. Они могут навязчиво измерять себя, чтобы убедиться, что «жир» исчез. Тем самым, их видение себя и отношение с другими людьми часто являются функцией того, как они воспринимают вес и форму своего тела.

Для подобного человека снижение веса — триумф самодисциплины. Марта описала это состояние очень точно: «Когда я теряю в весе, то выгляжу и чувствую себя лучше». Но при анорексии потеря в весе всегда оказывается недостаточной: человек постоянно хочет похудеть еще больше, чтобы подстраховаться, и если в какой-то день ему не удалось похудеть в достаточной степени, он может впасть в панику и на следующий день станет заниматься еще усерднее, чтобы сбросить нужный вес.

DSM-IV-TR оговаривает два вида анорексии, основываясь на методах, используемых для ограничения потребления калорий. Это разделение имеет отношение к возможным различиям в этиологии и лечебных подходах. При **ограничении** люди стараются похудеть прежде всего за счет диеты, голодания или чрезмерных упражнений; при **обжорстве/очищении** у больного отмечаются регулярные эпизоды обжорства или очищения желудочно-кишечного тракта, или того и другого одновременно. В сравнении с людьми с булимией, те, кто страдает анорексией, характеризуются обжорством/очищением, едят относительно немного пищи и обычно очищают желудочно-кишечный тракт более тщательно и систематически. Предаются обжорству и очищают желудочно-кишечный тракт приблизительно половина больных, отвечающих критериям анорексии (APA, 2000).

Заметно различающиеся характеристики, присущие двум видам анорексии, имеют клинические последствия. Людям, которые регулярно предаются обжорству и очищают желудочно-кишечный тракт, свойственны, как правило, более ярко выраженная личная и семейная предыстория ожирения и более высокий уровень так называемых импульсивных расстройств, включая воровство, злоупотребление лекарствами, причинение себе вреда и проблемы с настроением. Напротив, лица с ограничительным видом анорексии — это хорошо контролируемые, ригидные и часто страдающие навязчивостью индивиды (Garner, 1993b).

Наконец, первичная клиническая диагностика людей с анорексией обычно отличается достаточной определенностью, так как налицо серьезные медицинские осложнения, вызванные неправильным питанием. К тому времени, когда большинство больных попадает к специалисту, их средний вес бывает на 25–30% ниже нормы для их возраста и роста (Нсу, 1990). Соответственно, обычно обнаруживают себя многие физические симптомы голодания. У девушек после начала месячных неизменно отмечается прекращение менструального цикла (аменорея), сухость и иногда желтизна кожи; появление легкого пушка на туловище, лице и конечностях; чувствительность к холоду; а также сердечно-сосудистые и

Таблица 13.1

Основные особенности диагностических критериев нервной анорексии, указанные в DSM-IV

- A.** Отказ поддерживать вес тела на уровне, минимально нормальном для данного возраста и роста, или выше этого уровня.
- B.** Сильный страх перед прибавлением в весе или ожирением, несмотря на чрезмерную худобу.
- C.** Нарушенное восприятие веса или формы своего тела, чрезмерное влияние веса или формы тела на самооценку или отрицание серьезности проблемы, связанной с низким весом тела.
- D.** У девушек, у которых начались менструации, — аменорея или отсутствие, по крайней мере, трех последовательных менструальных циклов.

Специфические виды:

Ограничительный: Во время текущего эпизода нервной анорексии человек не предавался регулярному обжорству или очищению желудочно-кишечного тракта (т. е. не вызывал у себя рвоту или не злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами).

Обжорство/очищение: Во время текущего эпизода нервной анорексии человек регулярно предавался обжорству или очищал желудочно-кишечный тракт (т. е. вызывал у себя рвоту или злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами).

Источник: DSM-IV-TR (APA, 2000).

желудочно-кишечные проблемы. Во врезке 13.2 перечислены сигналы опасности при анорексии, которые указывают на необходимость дальнейшей оценки и вмешательства.

Нервная булимия

Филлипа: Надежно хранимая тайна

Нервная булимия проявилась у Филлипы в 18-летнем возрасте. Как и у Марты, начало ее странного пищевого поведения приходится на то время, когда девушка села на диету. Но Филлипа начала прибавлять в весе, поскольку много ела по ночам. Вместе с лишним весом пришло отвращение к себе. «Мне казалось, что мое тело мешает мне добиться успеха в школе и познакомиться с парнем. Я смотрелась в зеркало не-

сколько раз в день, думая: «Мне совсем не хочется быть в этом теле». В моей жизни не было минуты, чтобы я не думала о каком-нибудь аспекте своей внешности».

Хотя Филлипа соблюдала диету и выполняла упражнения, чтобы похудеть, в отличие от Марты она регулярно поглощала пищу в больших количествах и поддерживала нормальный вес, вызывая у себя рвоту. Филлипа часто ощущала себя эмоциональной пороховой бочкой — раздраженная, напуганная, подавленная. Неспособная понять собственное поведение, Филлипа полагала, что никому другому это также не под силу. Девушка чувствовала себя изолированной и одинокой. Как правило, когда дела шли плохо, ее охватывало неконтролируемое желание есть сладости. Филлипа съедала по несколько фунтов конфет и пирожных за один присест и часто не

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 13.2

Сигналы опасности при анорексии

- Значительная потеря в весе за относительно короткий период.
- Продолжение диеты, несмотря на явную худобу.
- Достижение цели, поставленной при диете, и затем немедленное установление новой цели, чтобы похудеть еще больше.
- Неудовлетворенность своим внешним видом, даже после снижения веса до намеченной величины.
- Желание соблюдать диету в одиночку, а не с группой.
- Нарушение менструальных периодов.
- Выполнение странных ритуалов, связанных с едой, и/или потребление крайне малого количества пищи.
- Появление привычки есть тайком.
- Озабоченность физическими упражнениями.
- Подверженность длительным депрессиям.
- Эпизоды обжорства и очищения желудочно-кишечного тракта.

Источник: American Anorexia/Bulimia Association (1996).

могла остановиться, пока не приходила в изнеможение или у нее не начинались сильные боли. Затем, переполняемая чувством вины и отвращения, она вызывала у себя рвоту.

Эти пищевые привычки приводили Филлипу в такое смущение, что она хранила их в тайне до тех пор, пока, подавленная своими нарастающими проблемами, не попыталась совершить самоубийство. К счастью, попытка не удалась. Когда Филлипа выздоравливала в больнице, ее направили в клинику расстройств питания, где она начала участвовать в групповой терапии. Там она стала принимать лекарства, чтобы избавиться от болезни, нашла понимание и получила столь ей необходимую помощь от других людей, у которых была та же проблема. Улыбаясь, Филлипа объясняет: «Там я поняла, что моя самооценка совершенно не коррелирует с моей внешностью или с тем, что обо мне могут думать другие» (National Institute of Mental Health [NIMH], 1994b).

Из двух основных форм расстройств питания, поражающих подростков и молодых людей, булимия встречается намного чаще, чем анорексия. Диагностические критерии DSM-IV-TR, перечисленные в табл. 13.2, фиксируют, что основным признаком расстройства являются приступы обжорства. Поскольку большинство из нас ест определенную пищу в определенное время, можно задать вопрос: «Что именно следует понимать под обжорством?» Как отмечено в критериях, **обжорство** — это эпизод

переедания, который должен включать в себя как поглощение объективно большого количества пищи (большего, чем люди обычно съедают в подобных случаях), так и отсутствие контроля.

Обжорство нельзя охарактеризовать каким-то конкретным количеством съеденной пищи — необходимо также учитывать контекст поведения. Так, к нему не относится переедание во время праздников или банкетов. Хотя большинство людей, страдающих обжорством, сообщают о том, что они переедают готовые кулинарные продукты, а не свежие фрукты и овощи, количество съеденной пищи, которое они рассматривают как обжорство, варьирует в широких пределах. В среднем, при обжорстве люди потребляют около 1500 калорий, что примерно в 5 раз больше того количества, которое они обычно поглощают во время одного приема пищи (Rosen, Leitenberg, Fisher & Khazam, 1986).

Люди с булимией из чувства стыда пытаются скрыть от окружающих приступы обжорства. Таким образом, хотя обжорство не планируется, может сформироваться определенный ритуал, когда человек, зная, что рядом никого нет, принимает мгновенное решение (например на пути домой с поздней вечеринки) остановиться, купить и съесть огромное количество пищи. Как правило, обжорство следует за переменаами настроения или межличностным стрессом, но может также быть связано с сильным голодом, вызванным диетой, или с чувствами, касающимися своей внешности или фигуры. Хотя эти чувства могут исчезать на какое-то время, депрессивное настроение и самокритичность обычно возвращаются (R. A. Gordon, 2000).

Таблица 13.2 Основные особенности диагностических критериев нервной булимии, указанные в DSM-IV-TR

- A. Повторяющиеся эпизоды обжорства. Эпизод обжорства характеризуется двумя следующими признаками:
- (1) Поглощение, в дискретный период времени (например в течение любого 2-часового периода) пищи в количестве, определенно большем, чем то, которое большинство людей съедает за аналогичный период времени и при аналогичных обстоятельствах.
 - (2) Ощущение отсутствия контроля за потреблением пищи во время эпизода (например, человек чувствует, что не может перестать есть или контролировать, что и сколько он ест).
- B. Повторяющееся неадекватное компенсаторное поведение с целью предотвратить прибавление в весе, например произвольно вызванная рвота, злоупотребление слабительными, мочегонными средствами, клизмами или другими препаратами; голодание или чрезмерные упражнения.
- C. Приступы обжорства и неадекватное компенсаторное поведение происходят, в среднем, по меньшей мере, дважды в неделю на протяжении 3 месяцев.
- D. Чрезмерное влияние формы и веса тела на самооценку.
- E. Нарушение имеет место не только во время эпизодов нервной анорексии.
- Специфические виды:*
- Очищение:** Во время текущего эпизода нервной булимии человек регулярно вызывал у себя рвоту или злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами.
- Отсутствие очищения:** Во время текущего эпизода нервной булимии человек использовал другие неадекватные компенсаторные действия, такие как голодание или чрезмерные упражнения, но регулярно не вызывал у себя рвоту и не злоупотреблял слабительными, мочегонными средствами или клизмами.

Вторая важная составляющая диагностических критериев предполагает попытки как-то компенсировать приступ обжорства. **Компенсаторное поведение** нацелено на предотвращение прибавления в весе после эпизода обжорства и включает в себя такие действия, как произвольно вызванная рвота, голодание, упражнения и злоупотребление мочегонными, слабительными средствами, клизмами или таблетками для похудения. Критерии выделяют два вида булимии: *очищение*, когда имеет место регулярная произвольно вызванная рвота, или злоупотребление слабительными или мочегонными средствами (т. е. передозировка этих лекарств, чтобы снизить содержание в организме жидкости и твердых веществ), и *отсутствие очищения*, когда индивид использует другие формы компенсации, например голодание или чрезмерные упражнения.

Приблизительно две трети людей с булимией практикуют очищение желудочно-кишечного тракта. Наиболее распространенным компенсаторным приемом после эпизода обжорства является произвольно вызванная рвота — стимуляция рвотного рефлекса с помощью пальцев или какого-либо приспособления — метод, о котором сообщают 80–90% индивидов с булимией, обращающихся за помощью. Рвота вызывает немедленное избавление от физического дискомфорта и уменьшает страх перед прибавлением в весе.

Другой паттерн компенсаторного поведения обнаруживает себя в социальных выборках индивидов, удовлетворяющих критериям булимии (тех, кто не обращается за помощью, но выявлены с помощью телефонных или личных интервью). На рис. 13.3 показаны различные виды компенсаторного поведения у мужчин и женщин, которые удовлетворяли всем критериям нервной булимии на основании их ответов на часть пунктов Опроса о состоянии здоровья, который проводился в Онтарио и в котором более 800 человек были проинтервьюированы лично на предмет их отношения к своему здоровью. Среди этих не обращающихся за помощью лиц предпочитаемыми средствами компенсации обжорства оказались интенсивные упражнения и строгая диета. В отличие от клинических выборок, только 1 из 5 опрошенных назвал среди компенсаторных действий рвоту (Garfinkel et al., 1995). Исследование социальных (неклинических) выборок не выявило сколько-нибудь значительных различий между людьми с булимией, которые очищают кишечник, и теми, кто этого не делает (Walters, Neal, Eaves & Health, 1993).

Подобно лицам с ограничительным видом анорексии, подростков и взрослых с булимией часто описывают как ригидных и придерживающихся установки «все или ничего» (Joiner, Katz & Heatherton, 2000; Lilienfeld et al., 2000). Они считают себя либо полностью контролирующими происходящее, либо полностью потерявшими контроль, и видят повседневные события в черно-белом свете. Марта обнаружила подобное мышление, когда заметила: «Мне казалось, что еда — это нечто, над чем я имею полный контроль, и я не хотела лишаться этого контро-

ля». Филлипа также продемонстрировала абсолютистское мышление, приписав свои несчастья только одному обстоятельству: «Мне казалось, что мое тело мешает мне добиться успеха в школе и познакомиться с парнем». Подобные представления соотносятся с критериями DSM-IV-TR, которые указывают на значимость формы и веса тела для самооценки.

Женщинам с булимией, так же, как и женщинам с анорексией, свойственны повышенная неудовлетворенность пропорциями своего тела и искажение истинных параметров своей фигуры. Неудовлетворенность фигурой и искажение более тесно связаны с когнитивными факторами, такими как тенденциозность внимания, памяти и избирательная интерпретация или суждение, чем с каким бы то ни было фактическим нарушением перцептивной способности (Cash & Deagle, 1997).

Медицинские последствия хронической булимии могут быть весьма серьезными, хотя они не настолько тяжелы, как последствия анорексии. Типичные жалобы на физическое здоровье включают в себя усталость, головные боли, надутость щек (из-за увеличения слюнных желез) и полное или значительное разрушение зубной эмали, особенно на внутренней поверхности передних зубов (из-за контакта с зубами кислого содержимого желудка). У женщин иногда отмечаются нарушения менструального цикла или аменорея, хотя не ясно, связаны ли эти проблемы с колебаниями веса, с другими недостатками питания или со стрессом. Электролитический (кислотно-щелочной) дисбаланс из-за практики очищения кишечника иногда бывает настолько серьезным, что вызывает значительные медицинские проблемы. Во врезке 13.3 приведены сигналы опасности при булимии, которые указывают на необходимость дальнейшей оценки и вмешательства.

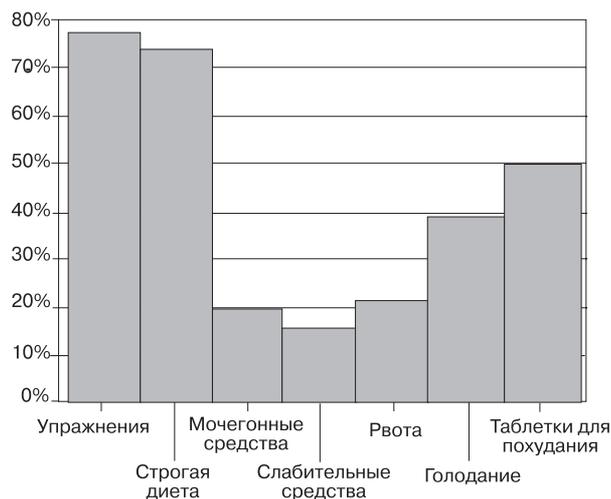


Рис. 13.3. Компенсаторные действия в случае полного синдрома нервной булимии среди социальных выборок. (Источник: Garfinkel et al., 1995).

Распространенность и развитие анорексии и булимии

Провести грань между двумя основными расстройствами питания юности и молодости может оказаться затруднительным, поскольку анорексия и булимия имеют много общих черт. Представители обеих групп имеют искаженные представления о собственном теле и испытывают нервозность после еды. Тогда как у людей с анорексией вес на 15% или более ниже нормы, у лиц с булимией он находится в пределах 10% относительно нормы. Кроме того, люди с анорексией предаются обжорству лишь изредка и, как правило, избегают есть запретную пищу, в то время как страдающие булимией часто объедаются запретной пищей и очищают желудочно-кишечный тракт в целях контроля своего веса.

Расстройства питания могут сочетаться с другими психическими расстройствами, такими как депрессия и шизофрения, делая некоторые признаки неясными и способствуя неправильному диагнозу (Foreyt & Mikhail, 1997). Однако, с точки зрения когнитивных представлений и собственного образа, только у пациентов с анорексией отмечается интенсивное стремление к худобе и нарушение в восприятии собственного тела.

Согласно исследованиям, распространенность нервной анорексии среди девушек и молодых женщин составляет 0,5–1,0% (Hoek, 1993; Hsu, 1990), а нервной булимии — 1–3% (APA, 2000; Garfinkel et al., 1995). Клиницисты и исследователи привлекают внимание общественности и научных кругов к тому факту, что в последние два-три десятилетия отмечается рост серьезных расстройств питания (Fairburn, Nau & Welch, 1993). Количество детей до 14 лет, направляемых на лечение по поводу расстройств питания, по-видимому, также возрастает (Lask & Bryant-Waugh, 1992).

Расстройства питания находятся среди тех немногих проблем психического характера у детей и подростков, которые влияют на женский пол больше,

чем на мужской. Известно слишком мало случаев заболевания анорексией среди представителей мужского пола, чтобы определить надежный уровень превалирования, уровень же возникновения булимии у мужчин составляет примерно одну десятую этого уровня у женщин (Lucas, Beard, O'Fallon & Kurland, 1991). Молодые мужчины с расстройствами питания демонстрируют те же самые клинические признаки, что и молодые женщины; однако мужчины выказывают меньшую озабоченность пищей и меньшее стремление к худобе и акцентируют большее внимание на атлетической внешности или привлекательности, когда дают обоснование своему проблемному пищевому поведению (Geist, Heinmaa, Katzman & Stephens, 1999). Однако, поскольку расстройства питания считаются проблемой, возникающей главным образом у женщин, у молодых мужчин могут диагностировать не все случаи заболевания (Nelson, Hughes, Katz & Searight, 1999).

Кросс-культурные сопоставления. Расстройства питания в значительной мере обусловлены культурой. К примеру, в Северной Америке анорексия возникает среди иммигрантов и групп меньшинств значительно реже, чем среди основной части населения (Dolan, 1991). Эти межкультурные различия особенно заметны, когда подростки из других культур знакомятся с западными идеалами веса и внешнего вида. Через короткое время уровень расстройств и нарушений питания у них значительно возрастает (Lake, Staiger & Glowinski, 2000; Pate, Pumariega, Hester & Garner, 1992).

Подростки из групп меньшинств, семьи которых принадлежат к верхнему среднему классу, подвергаются особому риску из-за своего стремления быть принятыми в доминирующую белую культуру или в результате того, что они оказываются под влиянием двух разных систем культурных ценностей (Yates, 1989). Как уже говорилось, паттерны питания, включая расстройства, тесно связаны с паттернами воспитания детей и культурными ценностями, а

КРУПНЫМ

ПЛАН О М

- Регулярное обжорство (поглощение пищи в больших количествах за короткий период времени).
- Регулярное очищение (с помощью рвоты, использования мочегонных или слабительных средств, строгой диеты или чрезмерных упражнений).
- Сохранение или возвращение веса, несмотря на частые упражнения и диету.
- Отсутствие прибавления в весе, несмотря на поглощение пищи в огромных количествах за один прием.
- Пропадание в ванной комнате в течение длительных периодов времени, чтобы вызвать рвоту.
- Употребление наркотиков или алкоголя или регулярное воровство.
- Длительные периоды депрессии.
- Нарушение менструальных периодов.
- Проблемы с зубами, увеличение желез на щеках, вздутия или ранки на тыльной стороне рук от искусственно вызываемой рвоты.

Источник: American Anorexia/Bulimia Association (1996).

Врезка 13.3

Сигналы опасности при булимии



Паула Абдул привлекла внимание к проблеме булимии, опираясь на собственную борьбу с этим расстройством.

в североамериканской культуре преобладает акцент на худобу и самоограничение.

Почему распространенность булимии (но не анорексии) в крупных городах в 5 раз выше, чем в сельской местности (Hoek et al., 1995), объяснить непросто; возможно, урбанизация способствует увеличению давления на молодых женщин, побуждая их быть худыми. Стресс, связанный с городской жизнью, также может играть причинную роль, как и тот факт, что имеется больше стимулов, провоцирующих обжорство, таких как реклама и рестораны быстрого питания (Hoek et al., 1995). Некоторые подгруппы подростков подвержены расстройствам в большей степени, в частности девушки с высоким социоэкономическим статусом (Jones, Fox, Babigian & Hutton, 1980) или те, кто стремится сделать карьеру в специфичной области, например стать танцовщицей или манекенщицей (Vervaeet & van Heeringen, 2000).

Курс развития. Нервная анорексия обычно начинается в юности, в возрасте между 14 и 18 годами, хотя иногда она поражает женщин и мужчин более старшего возраста и детей, не достигших половой зрелости. Расстройство обычно связано с каким-либо стрессовым жизненным событием, таким как развод родителей и перемены в семье или школе.

Хотя симптомы анорексии довольно специфичны и легко определяемы, курс и исход ее развития сильно варьируют. Средние данные 31 исследования людей с анорексией, показанные на рис. 13.4, свидетельствуют о возможности рецидивов и хронического течения анорексии. Чуть более половины полностью выздоравливают, у менее чем одной трети

происходят заметные улучшения, а у одной пятой продолжается хроническое течение (Steinhausen, 1997).

Наиболее распространен неустойчивый паттерн, предполагающий возвращение нормального веса, за которым следует рецидив (Eckert, Halmi, Marchi, Grove & Crosby, 1995). Когда больной теряет в весе и начинает страдать тяжелой дистрофией, его кладут в больницу и у него отмечаются признаки улучшения. Значительное число пациентов — от 6 (Sullivan, 1995) до 10% (APA, 2000; Herzog, Kronmueller, Hartmann, Bergman & Kroeger, 2000), — умирают от медицинских осложнений или совершают суицид. Особенности, связанными с фатальным исходом, являются увеличенная продолжительность болезни, практика обжорства и очищения, коморбидное употребление наркотических веществ и коморбидные аффективные расстройства (Herzog et al., 2000). Хотя само расстройство возникает редко, из психических расстройств оно наиболее часто приводит к летальному исходу и является основной причиной смерти среди женщин 15–24-летнего возраста (Sullivan, 1995).

Нервная булимия также поражает в основном подростков и молодых людей, но ее начало, как правило, приходится на позднюю юность. Примечательным аспектом этого расстройства является то, что приступы обжорства часто имеют место в период ограничивающей диеты или после него (Hsu, 1990). Из-за чувства вины и дискомфорта, вызванных обжорством, в качестве компенсации следует очищение желудочно-кишечного тракта (Wilson, Hefferman & Black, 1996).

Булимия может принимать либо хронический, либо прерывистый характер, когда периоды ремиссии чередуются с эпизодами обжорства и очищения (Fairburn, Cooper, Doll, Norman & O'Connor, 2000).

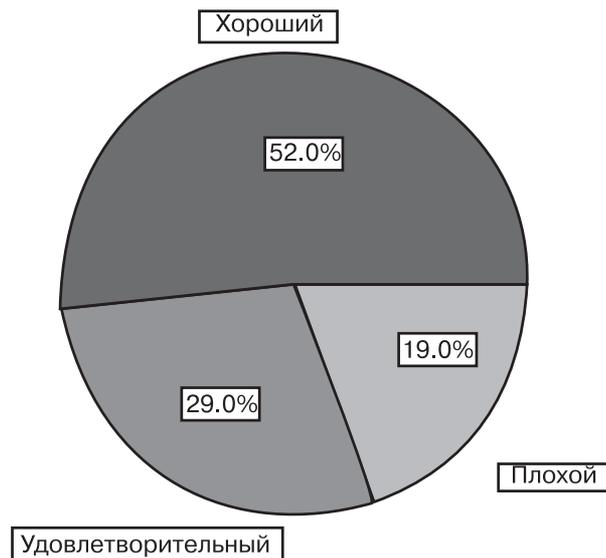


Рис. 13.4. Исход анорексии. (Источник: Steinhausen, 1997.)

Однако повернуть ее течение вспять нелегко. Поскольку привычки и культурные влияния, которые в первую очередь приводят к расстройству, очень сильны, может сформироваться хронический паттерн нарушенного питания, такой как обжорство тайком на вечеринках, который, в свою очередь, ведет к дальнейшим проблемам.

Исследования пациентов с булимией после курса лечения показывают, что они имеют больше шансов на выздоровление, чем пациенты с анорексией: полностью выздоравливают в течение нескольких лет от 50 до 75% (Collings & King, 1994; Herzog et al., 1999). Основными предвестниками благоприятного исхода являются начало заболевания в более раннем возрасте, принадлежность к более высокому социальному классу и злоупотребление алкоголем в семье (последний фактор предполагает, что как только подросток покидает негативную семейную среду, следует улучшение) (Collings & King, 1994). Важно отметить, что булимия хорошо поддается лечению, которое прерывает ее циклический характер.

Подобно вышеуказанному исследованию долгосрочных исходов у людей с булимией, исследования пищевого поведения и установок среди студентов колледжей показывают, что взросление и освобождение от мощного социального давления, которое подчеркивает значимость худобы, помогает многим женщинам избавиться от постоянного соблюдения диеты и ненормального питания. 10-летнее диспансерное наблюдение за весом тела, диетой и симптомами расстройств питания у студентов и студенток колледжей принесло как обнадеживающие, так и удручающие результаты (Heatherton, Mahamedi, Stripec, Field & Keel, 1997). Позитивным было то, что у женщин стало меньше расстройств питания и возросла удовлетворенность своей фигурой; однако неудовлетворенность фигурой и желанная похудеть по-прежнему оставались относительно высокими, а одна пятая женщин, которые отвечали клиническим критериям расстройства питания

в колледже, удовлетворяли этим критериям и 10 лет спустя. Мужчины, со своей стороны, были склонны к прибавлению в весе после окончания колледжа, а многие сообщали о том, что в течение 10 лет после колледжа они уделяли повышенное внимание диете или питались беспорядочным образом. Тем самым, хотя питание становится, как правило, более упорядоченным в период перехода к молодости, неудовлетворенность фигурой остается проблемой для многих молодых людей (Heatherton et al., 1997).

Причины

Почему люди предпочитают голодать, доводя себя почти до истощения, или едят столько, что оказываются на грани болезни? Серьезные последствия для физического и психического благополучия, к которым могут привести расстройства питания, вызвали к жизни множество теорий. Не удается выделить какой-то одиночный фактор в качестве основной причины того или иного вида расстройств питания, а поиск причин осложняется проблемой причинности — «курица или яйцо». Вызваны ли нарушения паттернов питания нейробиологическими процессами или же проблемы питания ведут к изменениям в нейробиологии?

Чтобы объяснить постепенный дегенеративный процесс формирования расстройства питания, необходимо признать участие в нем всех трех основных этиологических сфер — биологической, социокультурной (включая семью и сверстников) и психологической, — которые могут действовать в одиночку или сообща, вызывая нарушения саморегуляции у конкретного индивида. Всем нам известен культурный акцент на худобу, самоконтроль и упражнения, который создает идеализированный образ, определяющий эталон привлекательности (особенно среди женщин, но также и среди мужчин). Мы увидим, что эти социокультурные аспекты играют очень важную роль в иницировании проблемных паттернов питания.

cathy®

by Cathy Guisewite



Cathy Guisewite, Universal Press Syndicate.

Биологическая составляющая. Практически нет возражений, что нейробиологические факторы играют лишь незначительную роль в *возникновении* анорексии и булимии. Однако подобные факторы могут способствовать *сохранению* расстройства из-за своего воздействия на аппетит, настроение, восприятие и регуляцию энергии (Wilson et al., 1996).

Логично предположить, что биологические механизмы (ген? нейрохимический процесс?), действуя вместе или в одиночку, несут ответственность за нарушение нормальных регуляторных функций. Незначительное отклонение переадресует проблему человеку, который подрывает свои нормальные регуляторные процессы в непродуманной попытке достичь целей, связанных с весом или диетой. Этот подрыв может вызвать повсеместные изменения в центральной нервной и нейроэндокринной системах, которые, в свою очередь, вызывают новые нарушения. Тем самым столь же логично допустить, что способность контролировать такие важные реакции организма, как голод и аппетит, может приводить к неестественным привычкам питания, которые заканчиваются нездоровым паттерном приема пищи.

Генетические и конституционные факторы. Как правило, расстройства питания носят семейный характер. Исследования, проводившиеся в последнее десятилетие, установили, что у родственников пациентов с анорексией или булимией, особенно у родственников женского пола, расстройство питания возникает в 4–5 раз чаще, чем среди населения в целом (Kaye et al., 2000; Strober, Freeman, Lampert, Diamond & Kaye, 2000). Исследования близнецов, в которых легче контролировать генетические факторы, показали, что наследуемость анорексии составляет 58%, а это свидетельствует, что этиологическую роль играют и общие генетические, и общие средовые факторы риска (Wade, Bulik, Neale & Kendler, 2000).

Если булимия и анорексия связаны с генетическими факторами, что именно наследуется? Некоторым людям может быть свойственна биологическая уязвимость, которая взаимодействует с социальными и психологическими факторами, увеличивая вероятность развития у них расстройства питания (Bulik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000). Например, наследуемые черты личности, такие как эмоциональная неустойчивость и слабый самоконтроль, создают предпосылки того, что индивид ответит на стресс эмоциональной реакцией, что в свою очередь может приводить к импульсивному приему пищи в попытке избавиться от чувств, связанных со стрессом.

Нейробиологические факторы. Поскольку серотонин регулирует чувство голода и аппетит, этот нейротрансмиттер оказался в центре внимания как возможная причина анорексии, и булимии (Monteleone, Brambilla, Bortolotti & Maj, 2000). В сущности, присутствие серотонина ведет к чувству сытости и желанию снизить потребление пищи, поэтому понижение

уровня серотонина способствует постоянному чувству голода и потреблению большего количества пищи за один прием: идеальное условие для обжорства.

Очень убедительные результаты, подтверждающие, что булимия обусловлена серотонином, дают исследования, изучающие связь диеты с доступностью в головном мозге *триптофана*, вещества, участвующего в образовании серотонина. Еда, богатая белком или бедная углеводами, понижает уровень триптофана; еда, богатая углеводами, его повышает. Иными словами, переизбыток сладостей и крахмалосодержащих продуктов создает условия в головном мозге, которые обеспечивают производство большего количества серотонина, что в итоге ведет к чувству сытости.

Чтобы проиллюстрировать этот процесс, Коуэн, Андерсон и Фэрберн (Cowen, Anderson & Fairburn, 1992) сравнили диетические привычки здоровых испытуемых и пациентов с булимией и обнаружили, что у последних после употребления в пищу продуктов, богатых белками, отмечалось значительное снижение уровня серотонина в плазме крови. Кроме того, женщины, принимавшие участие в исследовании, были более восприимчивы, чем мужчины, к понижающим уровень триптофана эффектам диеты, бедной углеводами. Таким образом, обжорство (которое обычно связано с пищей с высоким содержанием углеводов), особенно у женщин, повышает доступность триптофана, тем самым временно увеличивая уровень серотонина в головном мозге и предопределяя компенсаторную реакцию (Jimerson, Lesem, Kaye & Brewerton, 1992). Однако по-прежнему не известно, является ли причиной проблем, связанных с доступностью серотонина в головном мозге, диета или же они являются характеристиками, предшествующими болезни. Уилсон с коллегами (Wilson et al., 1996) идет дальше, указывая, что диета может быть основным фактором в изменении уровня серотонина в мозге и что как только произошли результирующие изменения в паттернах питания, может начаться замкнутый цикл.

Из-за сходства анорексии и булимии с другими видами болезненных привычек, исследователи задаются вопросом, не являются ли эти расстройства формой «пищевой зависимости». Подобная зависимость может быть вызвана биохимическими причинами (скажем, дисбалансом серотонина) или может даже носить социокультурный характер, так как женщины страдают расстройствами питания чаще, чем мужчины, тогда как мужчины чаще страдают от расстройств, связанных с употреблением наркотических веществ и азартными играми (M. Reid & Butt, 2000). Хотя расстройствам питания не присущи признаки зависимости, которые отличают другие виды болезненных привычек, в клинических и социальных выборках они, как правило, связаны со злоупотреблением наркотическими веществами и зависимостью от них (Wilson, 1999). Однако эта связь не является причинной, и более вероятно, что их совместное проявление связано с личностью большого или с другими характеристиками.

В дополнение к связям между депрессией и расстройствами питания ученые выявили биохимическое сходство между людьми с расстройствами питания и лицами с обсессивно-компульсивным расстройством (obsessive-compulsive disorder, OCD). Известно, что уровень серотонина аномален как у людей с депрессией и расстройствами питания, так и у пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством. Кроме того, многие люди с булимией демонстрируют обсессивно-компульсивное поведение, столь же тяжелое, как и у пациентов с диагнозом обсессивно-компульсивное расстройство, а пациентам с обсессивно-компульсивным расстройством часто присуще патологическое пищевое поведение.

Одним словом, у людей с расстройствами питания обнаруживают некоторые нейробиологические патологии, хотя эти проблемы, вероятно, являются скорее следствием, чем первичной причиной, полуголодной диеты или цикла обжорства/очищения. Чтобы понять, как могут первоначально нарушаться нормальные паттерны питания, требуется внимательно изучить культурные и психологические компоненты расстройств питания.

Социальная составляющая. Особенности современной западной культуры практически предопределяют появление расстройств питания (Pinel, Assanand & Lehman, 2000). Личная свобода, акцент на немедленное удовлетворение желаний, доступность пищи в любое время дня и ночи, отсутствие надзора и культурный идеал диеты и физических упражнений с целью похудения становятся весомыми факторами влияния (Attie & Brooks-Gunn, 1995). Эти факторы способствуют тому, что стремление к худобе и акцент на форму тела и внешность становятся ключом к успеху.

Социокультурные факторы. Озабоченность подростков недоеданием и переядением общеизвестна (C. Mueller et al., 1995), что позволяет нам задать вопрос: какие аспекты западной культуры заставляют кого-то, чаще всего молодую женщину, подавлять естественный ритм организма и подвергать себя мучительной и опасной практике полуголодной диеты или частого очищения желудочно-кишечного тракта?

Хорошо известно, что для большей части молодых белых женщин из средних и высших классов общества самооценка, счастье и успех в значительной степени определяются физической внешностью, и большинство расстройств питания представляют собой стремление иметь позитивные чувства в отношении собственной внешности и самоконтроля. В действительности параметры тела сами по себе слабо или вообще не коррелируют в долгосрочном плане с личным счастьем и успехом; более важно представление о себе и самооэффективность человека. Однако, как объясняет Браунелл (Brownell, 1991), может иметь место столкновение между нашей культурой и нашими физиологическими границами, поскольку средняя североамериканская женщина в возрасте от 17 до 24 лет весит на 5–6 фунтов

больше, чем это было 20 лет назад, и она не удовлетворена своей фигурой.

Диета и «быстрые и простые» программы похудения являются еще одним культурным феноменом, поэтому неудивительно, что 80% девочек-подростков соблюдают диету с целью контроля своего веса (Wilson et al., 1996). Обеспокоенность физической привлекательностью выявлена также среди детей, которым всего 7–8 лет (Hsu, 1990). Вдобавок чаще хотят похудеть женщины из групп с высоким социально-экономическим статусом, чем из групп с низким уровнем жизни. Школы и колледжи-интернаты, где социальное влияние повышает уязвимость подростков, являются средой, которая иллюстрирует связь между социально-экономическим статусом и расстройствами питания (Steiner-Adair, 1990).

Немногие оспорят утверждение, что расстройства питания более распространены среди женщин из-за полово-ролевой идентификации. Образы женщин XXI в. и представления о том, что значит быть женственной, основаны преимущественно на идее, что девушки должны быть милыми (т. е. не полными), чтобы привлекать внимание окружающих и удостаиваться их похвалы, тогда как юноши вызывают восхищение своими достижениями. Телосложение и самооценка коррелируют у девочек, но не у мальчиков, к тому времени, когда они переходят в четвертый класс (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986). Такие данные подтверждают взгляд, что на отношения, от которых зависит идентичность и самооценка молодых женщин, чрезмерно влияют внешняя привлекательность и представление о фигуре (Hefferman, 1996; Strong, Williamson, Netemeyer & Geer, 2000), и это снова указывает на социальное давление как на весомый фактор, обуславливающий расстройства питания.

Полово-ролевая идентификация тесно связана с культурными нормами и ожиданиями, поэтому неудивительно, что женщинам в различных культурах свойственно разное восприятие идеального веса тела. Коган, Бхалла, Сефа-Деде и Ротблум (Cogan, Bhalla, Sefa-Dedeh & Rothblum, 1996) изучили межкультурные тренды в установках по отношению к тучности и худобе и то, как они влияют на паттерны диеты среди молодых женщин из Соединенных Штатов и Ганы. Женщины из Ганы, в сравнении с американками, считали идеальными для обоих полов более внушительные параметры тела. Американки придавали большее значение показателям воздержанности в еде и нарушенного пищевого поведения и считали, что избыточный вес препятствует социальному признанию.

Отмечается один тревожный факт: молодые афро-американки в США стали больше стремиться к худобе в связи с повышенной критикой со стороны сверстниц в отношении веса и внешности (Striegel-Moore et al., Schreiber, Pike, Wilfley & Rodin, 1995; Striegel-Moore et al., 2000). Влияния культуры, вместе с основанными на гендере ожиданиями, являются сильными детерминантами представлений человека об идеальных параметрах тела и связанных с ними паттернов питания и диеты.

К счастью, возможно, что эти социокультурные паттерны постепенно смещаются в сторону более здоровых норм пищевого поведения и образа жизни. С 1982 по 1992 год в студенческих городках отмечено значительное снижение симптомов расстройств питания, увлеченности диетой и неудовлетворенности фигурой (Heatherton, Nichols, Mahamedi & Keel, 1995). Повышенное осознание опасности различных расстройств питания и паттернов диеты можно объяснить распространением здравоохранительной рекламы, увеличением числа ток-шоу и телепередач, посвященных обсуждению этих расстройств и здоровому образу жизни (Heatherton et al., 1995). Возможно, как дальнейшее следствие этих информационных усилий, также будут меняться социокультурные представления о важности правильного питания и удовлетворенности своим телом.

Семейные влияния. Исследователи и клиницисты, рассматривая причины расстройств питания, придают большое значение роли семьи и родительской психопатологии в частности. Они заявляют, что альянсы, конфликты или паттерны взаимодействия внутри семьи могут играть причинную роль в развитии расстройств питания у некоторых детей (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Соответственно, расстройство питания у подростка может быть функционально в том, что оно отвлекает внимание от



Вот внешние данные, которые заставили сесть на диету тысячи людей.

базовых конфликтов в семье, таких как супружеские разногласия, направляя его на более очевидную (симптоматическую) проблему.

Ввиду важности участия семьи в формировании ценностей подростка, понятно, что семейные процессы могут способствовать озабоченности весом и контролем за диетой. Например, мать, которая недовольна весом своей дочери или которая сама часто садится на диету и призывает дочь делать то же, может ненамеренно стать соучастницей в развитии расстройства питания (Fairburn, 1994). Аналогичным образом родители, которые много пьют или употребляют наркотики (Garfinkel et al., 1995), или часто отсутствуют, проявляют безразличие, слишком требовательны или критично настроены (Fairburn, 1994), могут заложить основу для последующего возникновения булимии и других расстройств у своих детей. Молодые люди, выздоравливающие после расстройства питания, могут также сталкиваться со строгим контролем и критикой со стороны других членов семьи, что может негативно сказываться на выздоровлении (Herzog, Kronmueller, Hartmann, Bergmann & Kroeger, 2000).

Давние клинические предположения, что основополагающей причиной расстройств питания у некоторых людей может быть сексуальное насилие над ребенком, подтверждаются продолжающимися исследованиями этого важного вопроса. Выборка из общей совокупности показала, что женщины с булимией подвергались в детстве сексуальному насилию примерно в 3 раза чаще, чем женщины без этого расстройства (35 и 12,5%, соответственно) (Garfinkel et al., 1995). Схожие результаты были получены по выборкам подростков школьного возраста из общей совокупности, где подростки, у которых был велик риск нарушения режима питания, чаще сообщали о негативном восприятии своей семьи и родителей и о случаях сексуального или физического насилия (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring & Resnick, 2000). Вдобавок дети, подвергающиеся сексуальному насилию, сообщают о многих ранних признаках возможных расстройств питания, таких как более высокий уровень неудовлетворенности весом, а также очищение желудочно-кишечного тракта и соблюдение диеты (Wonderlich et al., 2000).

Эту связь между насилием и расстройствами питания должно умерять осознание того, что сексуальное насилие над детьми является скорее общим фактором риска, повышающим вероятность психопатологии, нежели каким-то *специфическим*, грозящим расстройствами питания. Подобные явления не являются редкостью в жизни как индивидуумов с расстройствами питания, так и лиц с другими психическими расстройствами (Fairburn, 1994). Предположительно, сексуальное насилие над детьми связано со многими нежелательными исходами у подростков и взрослых, из которых расстройства питания наиболее заметны. (Эти вопросы обсуждаются далее в главе 14.)

Значимость семейных факторов способствовала появлению ценных лечебных подходов, как мы увидим это позже в настоящей главе. Тем не менее се-

мейные факторы следует рассматривать в связи с индивидуальными и социокультурными факторами, если мы хотим объяснить, почему конкретные особенности расстройств питания проявляются в одних семьях с подобной динамикой, но не в других.

Психологическая составляющая. Понимание роли психологических процессов в развитии расстройств питания требует учета весомых социальных и культурных воздействий, указанных выше. Внешнее давление, побуждающее человека выглядеть худым и контролировать свой вес и внешний вид, взаимодействует с определенными психологическими характеристиками, повышая вероятность расстройства питания, особенно во время важных переходных периодов развития. Это сложный, интерактивный процесс, уходящий корнями в многочисленные слои биологических, семейных, личностных и средовых факторов. Понятно, что эта усложненность затрудняет выявление причинных связей.

Учет психологических составляющих, связанных с расстройствами питания, берет свое начало с пионерских работ Хильды Брух (Bruch, 1962, 1973), которая первой предположила, что полуголодная диета, практикуемая людьми с анорексией, связана с их стремлением к автономии, компетентности, контролю и самоуважению. Она связала это стремление с неспособностью родителей признать и подкрепить потребность в независимости, проявляющуюся у детей, что дает толчок дальнейшей спутанности сознания, которая может привести к основным



У людей, страдающих нервной анорексией, чрезмерные физические упражнения могут превратиться в навязчивость.

симптомам анорексии: искаженному представлению о собственном теле; к неспособности признать внутренние ощущения (голод и сытость) и эмоции и прореагировать на них; и к всеохватывающим чувствам неэффективности и потери самоконтроля. Ее ранняя работа заложила основу когнитивно-поведенческим вмешательством, используемым в настоящее время. Брух предложила постепенное, но осознанное избавление от ложных представлений и ошибок в мышлении, вытекающих из ущербного опыта развития, и побуждала пациентов учиться здоровым способом выражения своих мыслей и чувств, делая это в искренней и более прямой манере (J. A. Silverman, 1997).

Артур Крисп, еще один пионер в понимании и лечении расстройств питания, считает, что анорексия — это разновидность расстройства фобического избегания, в котором вызывающими страх объектами являются нормальный вес и форма тела взрослого человека. Он описывает этот страх метафорически — как бегство от роста (Crisp, 1997). В результате семейных и культурных влияний, молодая женщина может посчитать себя полной, когда она достигает половой зрелости, и параметры и вес ее тела начинают меняться, приближаясь к показателям взрослого человека. Реагируя на это, она пытается сохранить свой препубертатный вес, стараясь избежать нежелательных аспектов собственного роста. Разумеется, это стремление превращается в порочный круг, поскольку попытка сохранить препубертатный вес тела встречает мощное биологическое сопротивление, поэтому девушка продолжает упорствовать в своем стремлении к худобе, «страхуясь» против этих неумолимых сил природы. В результате человек с анорексией испытывает страх перед потерей контроля над своими попытками избежать роста, который часто переходит в страх перед тем, что вес может превысить 95–100 фунтов. Подобно идеям Хильды Брух, это объяснение привело к появлению важных лечебных методов.

Подростков с анорексией клинически описывают как страдающих навязчивостью и ригидных, отличающихся эмоциональной сдержанностью, предпочитающих привычную обстановку, испытывающих большую потребность в одобрении и плохо адаптирующихся к изменениям (Casper, Hedeker & McClough, 1992). Психологические составляющие, лежащие в основе подобных клинических особенностей, составляют триаду личностных качеств: избегание неприятностей, малое стремление к новизне и зависимость от вознаграждения (Strober, 1991). Подобные качества делают людей уязвимыми перед такими событиями, как наступление половой зрелости, которые подрывают их тщательно сохраняемое чувство самости.

Недавнее 10-летнее диспансерное наблюдение за пациентами с анорексией показало, что проблемы с навязчивостью, непреодолимыми влечениями и социальными интеракциями сохранялись даже среди тех, кто восстановил свой вес, и это привело исследователей к заключению, что данные проблемы могут быть скорее конституционными, чем являться

следствием расстройства (Nilsson, Gillberg, Gillberg & Rastam, 1999). Кроме того, более чем у 80% людей с начавшейся в юности анорексией отмечался, по меньшей мере, один эпизод серьезной депрессии или дистимии в течение 10 лет после начала заболевания (Ivarsson, Rastam, Wentz, Gillberg & Gillberg, 2000). Исследователи считают, что часто наблюдаемая связь между анорексией и депрессией может быть вызвана генетическими факторами, которые повышают вероятность обоих расстройств (Wade, Bulik, Neale & Kendler, 2000).

Подростки с булимией демонстрируют несколько иные личностные характеристики, включая перепады настроения, слабый контроль за своими импульсами и обсессивно-компульсивное поведение (Aragona & Vella, 1998). В исследовании, проведенном Гарфинкелем и его коллегами (Garfinkel et al., 1995), у лиц с булимией серьезные депрессии возникали в течение жизни в три раза чаще, а тревожные расстройства — примерно вдвое чаще по сравнению со средними показателями. Среди людей с булимией, по сравнению с теми, кто не страдал этим заболеванием, чаще отмечались специфические фобии, агорафобия, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и алкогольная зависимость. Кроме того, среди примерно одной трети клинических выборок подростков с булимией (APA, 2000) и около 10% социальных выборок учащихся средней школы, которые отвечали критериям булимии (Timmerman, Wells & Chen, 1990), имело место также злоупотребление алкоголем или стимуляторами с целью контроля аппетита. В связи с психологическими факторами проявляются и определенные половые различия. Женщины с хроническими симптомами булимии сообщают о стремлении к худобе чаще, чем мужчины с подобными хроническими симптомами, но эти же самые мужчины чаще сообщают о перфекционизме (чрезмерном стремлении к совершенству) и межличностном недоверии (Joiner, Katz & Heatherton, 2001).

Расстройства питания почти всегда сопровождаются другими расстройствами. Социальные выборки, в которых подростков отбирают случайным образом и интервьюируют по поводу возможных психических расстройств, показывают, что почти 90% тех, кто удовлетворяет критериям расстройства питания, также страдают другими расстройствами Оси I, обычно депрессией, тревогой или обсессивно-компульсивным расстройством (Lewinsohn, Striegel-Moore & Seeley, 2000; Zaider, Johnson & Cockell, 2000). Хотя генетические звенья, бесспорно, играют определенную роль, исследователи также сосредотачивают свое внимание на личностных характеристиках, таких как перфекционизм, ригидность или невротичность, которые могут быть общим звеном среди этих расстройств (Goldner, Srikameswaran, Schroeder, Livesley & Birmingham, 1999; Podar, Hannus & Allik, 1999). Например, люди, отличающиеся большой потребностью в перфекционизме и ежедневно испытывающие высокий уровень стресса, также чаще демонстрируют симптомы депрессии (Hewitt & Flett, 1993). Аналогичным образом у ин-

дивидуумов с высоким уровнем перфекционизма, а также считающих себя слишком полными, отмечается большая вероятность симптомов булимии (Joiner, Heatherton, Rudd & Schmidt, 1997). Выражаясь проще, несоответствие между фактическим «я» (в данном случае воспринимаемым весом) человека и идеальным «я» (стремлением к совершенству) увеличивает вероятность проблем питания, особенно среди женщин.

Давайте рассмотрим практический пример того, как предшествующая информация может быть представлена в динамической перспективе. Девушке с булимией или анорексией кажется, что ее попытки ограничить свою диету и похудеть помогают ей обрести контроль над собственной жизнью и стать более совершенным человеком — представления, которые сформировались в детстве и обнаружили себя, когда она столкнулась с трудностями ранней юности. То, что превратилось в ригидность, присущую анорексии, или стремление обрести контроль, характерное для булимии, могло начаться как умеренная диета. Девушка может непреднамеренно перейти к опасному паттерну питания из-за неудовлетворенности весом и формой тела, и ее усилия на первых порах бывают вознаграждены снижением веса и ощущением повышенного контроля и самооценки, как это описывает во врезке 13.4 бывшая гимнастка Эрика Струок.

Переход от диеты к расстройству питания может быть спровоцирован повышенным вниманием со стороны сверстников к тому, что кажется поразительной силой воли и снижением веса. Следовательно, в основе расстройства питания могут лежать весомые психологические потребности, поскольку само расстройство является способом обуздания сильных чувств, которые человек не может выразить или разрешить как-то иначе (Maloney & Kranz, 1991). Этот динамический процесс, объясняющий многие детерминанты расстройств питания, наглядно изображен на рис. 13.5.

Из-за получивших широкое освещение случаев расстройств питания у гимнасток и артисток, сложилось превратное представление, что в подобных проблемах виноваты спорт и исполнительские виды искусства, где сильная конкуренция. Оба эти вида деятельности делают акцент на внешние данные, поэтому занятие ими было расценено как фактор риска, способствующий развитию расстройств питания из-за давления, побуждающего человека быть худым (Owens & Slade, 1987).

Однако исследования бросают тень сомнения на силу этой связи. Среди школьных выборок подростков занятия спортом редко являются предвестником симптомов расстройств питания (French, Perry, Leon & Fulkerson, 1994; Fulkerson, Keel, Leon & Dorr, 1999; Taub & Blinde, 1994). Обсужденные выше психологическая, социальная и средовая переменные — такие как самооценка и давление, побуждающее одеваться и вести себя в определенной манере, — объясняют больший процент дисперсии для принадлежности к группе риска, чем переменные диетической и физической активности. Подобно любым другим

учащимся, спортсменам, у которых проявляются хотя бы легкие симптомы расстройства питания, должно быть незамедлительно уделено внимание врача (Garner, Rosen & Barry, 1998).

Лечение

Методы лечения основных расстройств питания стали намного более совершенными за время, прошедшее с 1930-х годов, когда анорексию пытались лечить с помощью фрейдовского психоанализа. Тогда считалось, что люди с анорексией отказываются есть из-за фиксированных неосознаваемых конфликтов, связанных с орально-садистскими страхами, оральным зачатием и дикими фантазиями (Foreyt & McGavin, 1998), а ожирение рассматривалось как своего рода беременность. Эффективное лечение расстройства требовало обнаружения этих страхов путем инсайта, помогающего выявить эмоциональные травмы. Теперь признано, что лечение обычно предполагает нечто значительно большее, чем инсайт, и должно начинаться как можно раньше.

Сегодняшние возможности лечения, особенно психологические вмешательства, ведут к все более успешным исходам у подростков и взрослых с расстройствами питания. При анорексии базирующиеся на психологии методы терапии часто включают в себя работу с другими членами семьи и используют достижения когнитивно-поведенческой терапии

(cognitive-behavioral therapy, CBT), а также более традиционную психотерапию, центрированную на личности и семье (Garner & Needleman, 1997). При булимии когнитивно-поведенческие подходы приносят заметную пользу (Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg & Williams, 1998; Dare & Eisler, 1997). Во многих случаях эти психологические вмешательства осуществляются в сочетании с госпитализацией или медицинским наблюдением. Фармакологические методы лечения также получают признание, особенно если они дополняются когнитивно-поведенческими методами, нацеленными непосредственно на установки, представления и модели поведения, поддерживающие диету, обжорство или очищение.

Первым важным шагом при лечении является определение того, грозит или нет человеку серьезная опасность, требующая его госпитализации. Условия, служащие основанием для госпитализации, включают в себя чрезмерную и стремительную потерю веса, серьезные метаболические нарушения, клиническую депрессию или возможность суицида, безудержное обжорство и очищение, психоз (NIMH, 1994b). В большинстве случаев стационарное лечение бывает кратковременным, если доступны психологическое консультирование и амбулаторная психотерапия. В более тяжелых случаях пациент должен оставаться в больнице в течение недель или месяцев, чтобы набрать, по меньшей мере, 90% своего нормального веса (Garner & Needleman, 1997).



Рис. 13.5. Детерминанты расстройств питания в динамике. (Источник: Garner, 1993b).

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 13.4
Успех — какой ценой?

Бывшая гимнастка Эрика Строук хорошо помнит тот первый раз, когда ее вырвало. 14-летняя олимпийская надежда и член национальной сборной США только что позавтракала и, как обычно, чувствовала, что она набирает вес. Живя и тренируясь круглый год в элитном лагере для гимнастов в Хьюстоне, она находилась под постоянным давлением, обязанная сохранять свой крохотный рост (4 фута 10 дюймов) и вес (80 фунтов). Пища была ее врагом. И сегодня она решила одолеть этого противника. Она прошла в ванную комнату и вызвала у себя рвоту. Она обошла пальцы — чтобы исторгнуть пищу, оказалось достаточно ее воли и сильной мускулатуры желудка.

«Все мои внутренности горели, это было самое мучительное из ощущений, — вспоминает она. — Но потом пришло чувство облегчения. Мне показалось, что мой желудок стал немного меньше».

Это стало для Эрики началом порочного двухлетнего цикла «еда — иногда обжорство — затем рвота». «Это было моим средством сохранения веса», — рассуждает она. Это было также ее средством добиться успеха — и выжить — в виде спорта, где все одержимы весом и где только очень немногие и очень худые имеют шанс стать звездой.

Источник: А. Bell, 1996.

Фармакологическое. Из-за тесной связи анорексии и булимии с аффективными расстройствами, чтобы вылечить расстройства питания и некоторые виды ожирения, используют ингибиторы обратного захвата серотонина, такие как флуоксетин (прозак) (Dunner et al., 1999). Благоприятные эффекты этого лекарства, способствующие снижению веса, были обнаружены случайно во время клинической проверки его способности регулировать настроение. Считалось, что люди с ожирением потребляют большое количество углеводов, чтобы поднять себе настроение, и что ощущение благополучия может быть достигнуто искусственно путем регулирования уровня серотонина.

Однако на сегодняшний день ни одно из лекарств не доказало свою полезность или эффективность при лечении симптомов анорексии; ни одно не улучшает систематически долговременное сохранение веса на определенном уровне, не меняет искаженное представление человека о себе и не предотвращает рецидивы (Craighead & Agras, 1991; Garner & Needleman, 1997; W. G. Johnson, Tsoh & Vanrado, 1996). Напротив, все согласны, что антидепрессанты играют полезную роль в лечении булимии, но, вероятно, не в качестве оптимального первичного метода лечения (Compas et al., 1998; W. G. Johnson et al., 1996). Пациенты с булимией могут позитивно реагировать на антидепрессанты и ингибиторы усвоения серотонина, если прием лекарств продолжается в течение 6 месяцев или около того и сопровождается доказавшими свою эффективность психосоциальными методами лечения, которые описаны ниже (Agras et al., 1994; Leitenberg et al., 1994). Хотя медикаментозная терапия приносит пользу, особенно в случае больных, которые не реагируют на психологическую терапию, когнитивно-поведенческая психотерапия остается более эффективным подходом, нежели лечение только лекарствами (Ferguson & Pigott, 2000; Goldstein et al., 1995).

Психосоциальное. Наличие и эмоциональных, и физиологических проблем при расстройствах питания требует всестороннего плана лечения, лучше все-

го силами лечебной бригады, состоящей из терапевта, диетолога, психотерапевта и психофармаколога. Как только расстройство питания диагностировано и возможность любой другой болезни исключена на основании медицинских показаний, клиницист определяет, можно ли пациента лечить амбулаторно. При этом может стать важным участие семьи, с тем чтобы помочь ее членам справиться со своими страхами и волнениями, а также заручиться их поддержкой. В случае юных пациентов участие семьи часто бывает целесообразным и часто обязательным, поскольку родители несут ответственность за благополучие своего ребенка и могут дать важные указания и советы, которые сделают лечение более успешным (Dare & Eisler, 1997). В некоторых случаях разрешение семейных проблем, подобным тем, о которых упоминалось ранее, таких как родительская психопатология, семейная изоляция и неудовлетворительные отношения между родителями и ребенком, являются решающим фактором излечения от расстройства питания. Поправившиеся пациенты считают разрешение семейных и межличностных проблем основой своего выздоровления (Hsu, Crisp & Challender, 1992).

Этиология и течение анорексии приводят к расстройству, которое поддается лечению хуже, чем булимия; тем не менее терапевтические вмешательства, разумеется, все же осуществляются. Первоначальная фаза лечения должна включать в себя восстановление веса, что может потребовать госпитализации пациента в качестве меры, предохраняющей от возможных осложнений (Baran, Weltzin & Kaye, 1995). Однако восстановление веса может оказаться наиболее легкой частью процесса лечения. Многие пациенты восстанавливают прежний вес, находясь в больнице, но паттерн потери веса и искаженных представлений продолжает проявляться и после того, как их выписывают из больницы, если не уделить серьезного внимания семейным и индивидуальным факторам, которые прежде всего привели к озабоченности контролем за приемом пищи.

Учитывая важнейшее значение психосоциальной терапии, возникает вопрос, в чем она должна заклю-

чаться в случае пациентов с анорексией? Тогда как лечение булимии прошло множество клинических проверок, которые привели к ясному пониманию того, какие методы оказываются наиболее действенными, с пациентами, страдающими анорексией, проводилось меньшее количество исследований. Вероятно, это обстоятельство вызвано на много меньшей распространенностью данного расстройства, а также трудностью случайного определения пациентов с угрожающими жизни расстройствами в условиях контрольной группы.

Альтернативой сравнению лечебной группы с контрольной является распределение пациентов по двум разным видам лечебных условий и сравнение относительной эффективности последних. Робин, Зигель и Мойе (Robin, Siegel & Moye, 1995) описывают превосходный пример подобной стратегии. Поведенческую терапию семейных систем (behavioral family systems therapy, BFST) сравнивали с эго-ориентированной индивидуальной терапией (ego-oriented individual therapy, EOIT) в течение 16-месячного курса лечения 22 подростков с анорексией. Поведенческая терапия семейных систем делала акцент на родительский контроль приема пищи, когнитивное реструктурирование и обучение коммуникации, помогающей в решении проблем, тогда как эго-ориентированная индивидуальная терапия придавала повышенное значение наращиванию силы эго, автономии подростка и инсайту. Оба метода лечения привели к улучшениям в массе тела и нормализации менструаций, а также обеспечили заметное уменьшение негативной коммуникации и конфликтов между родителями и подростком. Эти изменения сохранялись затем в течение 1 года, критического периода для выздоровления, и были повторены в последующей работе (Robin et al., 1999).

Как было упомянуто, оптимальным первичным методом лечения людей с анорексией, которые молоды и живут дома, является семейная терапия. Внешнее единодушие, демонстрируемое членами семей девушек с анорексией, часто рассматривается клиницистами как попытка замаскировать скрытую или открытую агрессию и избежать конфликтов. Поэтому чтобы восстановить здоровые паттерны коммуникации, часто требуются вмешательства, основанные на участии семьи (Shugar & Krueger, 1995). Подключая к процессу лечения всю семью, психотерапевты могут адресовать свое внимание семейным установкам относительно формы тела и идеальной фигуры, которые могут восприниматься подростком как завуалированные, но критические оценки. Как только вес вернулся к приемлемому уровню и стала возможной семейная поддержка, когнитивно-поведенческие методы, подобные описанным выше, могут быть сосредоточены непосредственно на ригидных представлениях, самооценке и процессах самоконтроля пациента.

Семейная терапия не предполагает в обязательном порядке, что все члены семьи приходят на прием одновременно (совместная семейная терапия); иногда наилучшим подходом являются встречи психолога с членами семьи порознь. Например, вместо того что-

бы бороться с негативными паттернами интеракций между членами семьи, такими как избегание конфликтов и образование семейных альянсов (как это практиковалось в ранней работе Минухина и его коллег — Minuchin et al., 1978), психотерапевт может побудить родителей проконтролировать паттерны питания своего подростка, с тем чтобы предотвратить госпитализацию, может укрепить моральное состояние родителей и привлечь их к последующей терапии. Фокусирование внимания на характере болезни и ее лечении помогает также избежать дальнейшей критики ребенка и возложения вины на членов семьи (Dare & Eisler, 1997). Работа с родителями отдельно от их дочерей-подростков (которая, разумеется, делает невозможной борьбу с паттернами интеракций и альянсами) показала себя столь же эффективной, как и совместные методы, и даже оказывается еще более полезной в случае семей с высоким уровнем критики и враждебности (Le Grange, Eisler, Dare & Russell, 1992; Eisler et al., 1998, 2000).

Аналогичные результаты были получены в исследованиях, которые сочетали индивидуальную амбулаторную психотерапию с семейной терапией. Сеансы амбулаторной индивидуальной и семейной психотерапии в течение трех месяцев оказались столь же эффективными, как и интенсивное стационарное лечение во время годичного последующего наблюдения за показателями прибавления в весе, нормализацией менструаций и ключевыми психологическими переменными (Crisp et al., 1991). Два года спустя группа, состоявшая из амбулаторных пациентов, которых лечили индивидуально, по-прежнему чувствовала себя особенно хорошо (Gowers, Norton, Halek & Crisp, 1994).

Наиболее эффективные современные методы терапии в случае булимии включают в себя когнитивно-поведенческое лечение, осуществляемое индивидуально или с привлечением семьи (Bardone, Vohs, Abramson, Heatherton & Joiner, 2000; Fairburn, Jones, Peveler, Hope & O'Connor, 1993). Когнитивно-поведенческие терапевты меняют модели пищевого поведения путем вознаграждения или формирования адекватного поведения и помогают пациентам изменить искаженные или ригидные паттерны мышления, которые могут способствовать их озабоченности едой. Когнитивно-поведенческая психотерапия стала стандартным методом лечения нервной булимии и также образует теоретическую базу для многих методов лечения анорексии (Garner & Needleman, 1997). Этот метод лечения является оптимальным в случае пациентов, чей возраст не позволяет использовать семейную терапию и чьи симптомы находятся в пределах от умеренных до тяжелых.

Клиническое применение когнитивно-поведенческой психотерапии было расширено с целью выявления специфических факторов, которые порождают стремление к обжорству и очищению желудочно-кишечного тракта; эта терапия также занимается основополагающими межличностными вопросами, которые беспокоят некоторых пациентов. Целями когнитивно-поведенческой психотерапии являются модификация патологических когнитивных установок

на значимость формы и веса тела и замена попыток ограничить диету и очистить желудочно-кишечный тракт более нормальными паттернами питания и физической активности (W. G. Johnson et al., 1996). Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении булимии состоит из нескольких компонентов (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993). Сначала пациентов обучают самостоятельному отслеживанию количества потребляемой ими пищи и эпизодов обжорства и очищения, а также всех мыслей и чувств, которые провоцируют эти эпизоды. Это обучение сочетается с регулярным взвешиванием; конкретными рекомендациями, как достичь желаемых целей (такими как введение в рацион питания избегаемой пищи и планирование меню с целью нормализации пищевого поведения и обуздания ограничивающей диеты); когнитивным реструктурированием, нацеленным на выявление привычных ошибок в рассуждениях и основополагающих допущений, связанных с развитием и сохранением расстройства питания; и регулярным обзором и ревизией этих процедур, чтобы предотвратить рецидивы.

Некоторые факты свидетельствуют, что эффективность стандартной когнитивно-поведенческой психотерапии может быть увеличена за счет дополнительных компонентов. Один из подходов — использование интерперсональной (межличностной) терапии, которая занимается ситуативными и личностными вопросами, способствующими развитию и сохранению болезни (McIntosh, Bulik, McKenzie, Luty & Jordon, 2000). В лечебном исследовании, в котором пациентов определяли случайным образом в условия поведенческой терапии, когнитивно-поведенческой психотерапии или интерперсональной терапии, у тех, кто подвергался когнитивно-поведенческой психотерапии или интерперсональной терапии, в ходе 1- и 6-летних последующих наблюдений отмечались схожие улучшения (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993; Fairburn et al., 1995).

В течение двух последних десятилетий лечение булимии прогрессировало стремительными темпами, и когнитивно-поведенческая психотерапия проявила себя как надежный метод лечения этого расстройства (Compas et al., 1998). Тем не менее при диспансерном наблюдении полная ремиссия отмечается, в среднем, у немногим более половины (55%; Agras, 1991) — трех четвертей (73%; Reas, Williamson, Martin & Zucker, 2000) людей с булимией, которых лечат с помощью когнитивно-поведенческой психотерапии. Если участники подвергаются первичному лечению в течение первых нескольких лет болезни, то вероятность выздоровления превышает 80% (Reas et al., 2000).

- Нервную булимию отличают повторяющиеся эпизоды обжорства, за которыми следует попытка компенсации путем самопроизвольной рвоты или другими средствами. Люди, страдающие булимией, также подвержены чрезмерному беспокойству о форме и весе тела и озабочены пищей.

- Анорексия менее распространена, чем булимия, и начинается в более раннем возрасте (14–18 лет). Булимия поражает 1–3% подростков, как правило, старшего возраста. Эти расстройства встречаются намного чаще у девушек, чем у юношей.

- Если расстройства не лечить, они могут стать хроническими и представлять серьезную опасность для здоровья; однако булимия дает более высокий процент выздоровлений, чем анорексия.

- Биологические факторы, скорее всего, не провоцируют данные расстройства, но их влияние на аппетит, настроение, восприятие и регулирование энергии способствуют сохранению расстройства.

- Особенности западной культуры и семейной жизни играют важную причинную роль в расстройствах питания. Акцент на диету и внешний вид может стать причиной стремления к худобе.

- Расстройства питания отличаются одним из самых высоких уровней коморбидности. Наиболее распространенными сопутствующими расстройствами являются депрессия (включая дистимию) и тревога (включая обсессивно-компульсивное расстройство).

- Подростков с анорексией клинически описывают как страдающих навязчивостью и ригидных, предпочитающих привычную обстановку, испытывающих сильную потребность в одобрении и плохо адаптирующихся к изменениям.

- Подростков с булимией отличают перепады настроения, слабый контроль за своими импульсами и обсессивно-компульсивное поведение.

- Психосоциальные методы лечения анорексии делают упор на важность изменений в паттернах семейной коммуникации. Человек может выздороветь, но для этого необходимо непрерывное лечение.

- Психосоциальные и фармакологические методы лечения булимии в большинстве случаев оказываются успешными. Наиболее эффективны когнитивно-поведенческие методы, которые нацелены на установки, представления и модели поведения, поддерживающие диету, обжорство или очищение кишечника.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Нервная анорексия характеризуется отказом поддерживать вес тела, сильным страхом перед прибавлением в весе или ожирением, искаженным представлением о своем теле и аменореей.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

- стремление к худобе (drive for thinness)
- пищевые установки (eating attitudes)
- скорость метаболизма (metabolic rate)
- фиксированная точка (set point)

извращенный аппетит (pica)
расстройство питания в младенчестве или раннем
детстве (feeding disorder of infancy or early childhood)
задержка развития (failure to thrive)
ожирение в детском возрасте (childhood obesity)
нервная анорексия (anorexia nervosa)

ограничительный вид анорексии (restricting type
of anorexia)
обжорство/очищение как вид анорексии (binge-
eating/purging type of anorexia)
обжорство (binge)
компенсаторное поведение (compensatory
behavior)

Глава 14
ЖЕСТОКОЕ
ОБРАЩЕНИЕ
С ДЕТЬМИ
И ОТСУТВИЕ
РОДИТЕЛЬСКОЙ
ЗАБОТЫ



Мари Эллен: Мама бьет меня каждый день

Маленькая симпатичная Мари Эллен умна и сообразительна. Но весь ее изможденный, болезненный, по-взрослому озабоченный вид и жалкое поношенное платице говорят о том, что вряд ли можно было хуже заботиться о ребенке.

...Признания Мари Эллен, сделанные ею во время судебного разбирательства, приоткрыли ужасные подробности ее жизни: «...я не знаю, сколько мне лет... У меня всегда была только одна пара туфель, не помню, когда мне их купили. На эту зиму у меня совсем нет обуви и теплой одежды. Мне не разрешают играть и дружить с детьми. Мама бьет меня каждый день. Она хлещет меня кожаной плетью, и после каждого удара на моем теле остаются синяки. И вот эти синяки на лице тоже из-за мамы. Она даже порезала меня ножницами — слева на лбу остался шрам. Мама никогда не целует меня, не ласкает и не сажает к себе на колени....Я не знаю, за что она меня бьет. Мама всегда молчит, когда хлещет меня». (*New York Times*, 10 апреля, 1874).

Трагическая история Мари Эллен вызвала значительный резонанс, и зимой 1874 года возникло Нью-Йоркское Общество по предотвращению жестокого обращения с детьми. Именно в то время граждане обнаружили, что животных они защищали от жестокостей, а детей — нет. К сожалению, прошло еще 100 лет, прежде чем был принят закон, определявший меру ответственности за жестокое отношение к детям. С тех пор американское общество стало оказывать значительно больше поддержки отверженным детям, защищая их от насилия. Но, несмотря на все старания, жестокое обращение и отсутствие родительской заботы по-прежнему остаются главными причинами детской смертности, и история Надин еще раз подтверждает это:

Надин: Трагедию предотвратить не удалось

Карла Локвуд оказалась в тюрьме после того, как на прошлой неделе ее четырехлетняя дочь Надин была найдена мертвой. Как выяснилось, смерть наступила в результате голода и общего истощения организма. Суд пришел к выводу о том, что ребенок был доведен до такого состояния действиями матери, в которых содержался преступный умысел, и признал ее полностью виновной в смерти дочери. За семьей Локвуд наблюдали сотрудники различных социальных служб, в том числе работники общественных школ, больниц и городского Центра детского социального обеспечения. Однако им не удалось предотвратить трагедию (Секстон, *New York Times*, 5 сентября, 1996).

Подобные случаи стали регистрировать в США еще 20 лет назад. Статистика свидетельствует о том, что жестокое обращение и отсутствие родительской заботы, из-за которых бессмысленно и трагично обрываются жизни многих детей, являются серьезными проблемами в американском обществе. К сожалению, не одну Надин постигла такая трагическая кончина — в среднем, в США по вине родителей и опекунов ежедневно умирают пятеро детей (Департамент статистики по жестокому обращению с детьми в США, 1995; U. S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect, 1995).

В Северной Америке приблизительно каждая пятая девочка и каждый девятый мальчик становятся жертвами сексуального насилия (Finkelhor, 1994), и ежедневно каждый десятый ребенок испытывает физическое насилие со стороны одного из родителей или опекуна (Straus & Gelles, 1986). Многие дети страдают от последствий эмоциональной агрессии и отсутствия родительской заботы, которые, как физическое и сексуальное насилие, могут крайне негативно влиять на психическое развитие ребенка. Насилие над детьми и другими членами семьи в течение многих лет считалось частным делом, и его значимость по-прежнему не осознается в достаточной степени. До самого последнего времени законодательство гораздо мягче относилось к насилию, совершаемому над членами собственной семьи, чем к насилию над незнакомыми людьми; считалось, что оно не заслуживает столь пристального внимания. Сегодня мы хорошо знаем: насилие в семье имеет разнообразные формы проявления, оно может быть не очень серьезным — запугивание или крики на детей — или нести угрозу для жизни, когда сопровождается применением физической силы и оружия. Более того, насилие и жестокость растут и убывают циклично, что создает напряжение, неопределенность и страх у детей, заставляя их адаптироваться к страшным реалиям и пугающим требованиям (Jaffe, Lemon, Sandler & Wolfe, 1996).

Мы посвящаем целую главу жестокому обращению с детьми, потому что именно серьезные нарушения во взаимоотношениях родителей и детей или во взаимоотношениях родителей зачастую оказываются причиной патологического развития ребенка. Жестокое обращение с детьми и отсутствие родительской заботы не обособляются в отдельные разделы традиционной детской психологии, однако в этой главе мы рассматриваем ту роль, которую играет плохое воспитание или неблагоприятная обстановка в семье в патологическом развитии детей и подростков. **Жестокое обращение с детьми (Child maltreatment)** — общий термин, относящийся к четырем основным видам воздействия: физическому, сексуальному и эмоциональному насилию, а также к отсутствию родительской заботы. Жестокое обращение с детьми может принимать разнообразные формы, в том числе включать действия, которые испытывают на себе большинство детей, например телесное наказание, агрессивное отношение со стороны братьев, сестер и сверстников и реже физическое насилие (Finkelhor & Dzuiba-Leatherman, 1994).

Жестокое обращение с детьми встречается во всех культурах, независимо от национальности, религиозной принадлежности, пола, возраста и сексуальной ориентации родителей.

Насилие и отсутствие родительской заботы имеют большое психологическое значение, потому что создают в семье неблагоприятную атмосферу, которая сохраняется в течение длительного времени. Эта атмосфера создается теми людьми, которые должны защищать ребенка, поддерживать и заботиться о нем. Дети из неблагополучных семей растут в обстановке, в которой невозможно нормальное развитие. Более того, они рискуют в результате такого воспитания приобрести соматические и психические расстройства (D. A. Wolfe & Jaffe,

1991). Тем не менее связи ребенка с другими членами семьи, даже с теми, кто жестоко обращается с ним, имеют большое значение. Зачастую ребенок может испытывать противоречивые чувства к родителям, разрываясь между детской привязанностью и страхом.

Вот как описывает это состояние ребенок, ставший жертвой сексуального насилия: «После того, как все это произошло, я очень испугался. Но мой отец вел себя так, будто ничего не случилось. Я сомневался, нужно ли рассказывать другим людям о том, что отец совершил надо мной насилие. Я боялся, что поставлю отца в неловкое положение, и мое признание опозорит всю семью» (Sas, Hurley, Hatch, Malla & Dick, 1993, стр. 68).



«Ничтожество. Ты ничего не можешь сделать по-человечески!»

«Ты мне отвратителен! Заткнись!»

«Придурок! Ты не в состоянии даже выслушать меня».

«Вон отсюда! Не могу больше на тебя смотреть».

«От тебя больше неприятностей, чем пользы».

«Может быть, тебе поискать какое-то другое место для жилья?»

«Лучше бы ты никогда не родился».

Дети верят в то, что говорят им родители. В следующий раз остановитесь и постарайтесь услышать себя со стороны. Вы, вероятно, не поверите своим ушам».

Не нужно сводить счеты со своим ребенком.

Дети зависят от тех людей, которые жестоко обращаются с ними, поэтому зачастую могут возникнуть следующие амбивалентные ситуации (Доклад Американской психологической ассоциации, 1996):

- *Жертва хочет прекратить насилие, но стремится при этом остаться в семье.* Лояльность и сильная эмоциональная привязанность жертвы к обидчику противоречат ее желанию быть защищенной и находиться в безопасности.
- *Привязанность и забота могут сочетаться с жестокостью и насилием.* В семье может установиться цикл, когда возрастающее напряжение ребенка, характеризующееся страхом и тяжелыми предчувствиями, приводит к еще более жестокому поведению родителей. Затем может наступить период примирения, с еще большим усилением привязанности и заботы. Дети всегда надеются, что насилие не повторится.
- *Насилие, как правило, ужесточается со временем, хотя в некоторых случаях физическое насилие может приобретать менее тяжелые формы, проявляться реже или вообще прекращаться.* Жестокое обращение родителей и взрослых с детьми может выражаться в вербальной агрессии, сексуальном, эмоциональном или физическом насилии. Однако основной проблемой остается злоупотребление властью и контролем над детьми со стороны взрослых.

В результате возрастающего внимания общества к психологическим аспектам жестокого обращения с детьми, произошли значительные изменения в том, как определяется этот феномен и как изучается его воздействие на детское развитие. В прошлом жестокое обращение связывалось в основном с получением телесных повреждений. Однако сегодня мы понимаем, что телесные повреждения — лишь одно из многочисленных последствий жестокого обращения, которое может также нарушать развитие у ребенка навыков социального взаимодействия, негативно влиять на его самооценку и ослаблять уверенность в собственной безопасности.

Мы начнем обсуждение жестокого обращения с детьми и отсутствия родительской заботы с рассмотрения роли семьи в социализации детей. Кроме того, мы поговорим о необходимости установления четкой границы между приемлемыми и неприемлемыми действиями по отношению к детям.

ИСТОРИЧЕСКИЙ И СЕМЕЙНЫЙ КОНТЕКСТ

Нынешние взгляды общества на воспитание и общественная нетерпимость к насилию над детьми и отсутствию родительской заботы сформировались

сравнительно недавно. Насилие над детьми существовало во все времена и возникало гораздо чаще в предыдущих поколениях, чем сегодня (Radbill, 1987). Однако в прошлом его редко рассматривали как серьезную проблему или тревожное явление. В течение долгих лет дети считались исключительной собственностью родителей, и вся ответственность за их воспитание лежала на них. Это право родителей оставалось неизменным, а общество не пыталось серьезно воспрепятствовать бесчеловечному обращению с детьми до случая с Мари Эллен, произошедшего чуть больше 100 лет назад.

Общественные ценности и законы во многом определяли взгляды на воспитание детей, а установление жесткой дисциплины и применение наказаний считалось вполне приемлемым и в некоторых случаях даже обязательным. До нас дошел «нравоучительный» стишок, который дети в тюдоровской Англии* повторяли перед сном:

Если я буду лгать
богохульствовать и воровать,
Если буду ругаться,
Дразниться и издеваться
или всем угрожать,
Нужно строго меня наказать.
Добрая мать и наставница,
Если нарушу запрет,
Мне не давайте обед.
Розгу возьмите тогда,
Розгой исправьте меня.
(Powell, 1917, стр. 109–110).

Акт о наказании упрямого ребенка от 1654 года свидетельствует о том, что дети, согласно патриархальным взглядам, являлись «собственностью» родителей. Как сказано в этом акте, родители (в действительности только отцы) могли подать петицию в магистрат и отправить своего ребенка на смерть, если он оказывался очень упрямыми или непослушными (Radbill, 1987). Хотя ни разу этот приговор не был исполнен, сама возможность такой расправы, несомненно, влияла на родительские установки и методы воспитания. К сожалению, представление о детях как о личной собственности, которой родители могут распоряжаться, как им заблагорассудится, все еще сохраняется во многих развитых и развивающихся странах.

Социальная и психологическая незрелость детей ставит их в сильную зависимость от взрослых. Эта зависимость, а также неспособность защитить себя, делает их особенно уязвимыми перед различными проявлениями насилия (Finkelhor & Dzuiba-

*Тюдоры (Tudors), английская королевская династия, находившаяся у трона с 1485 по 1603 год. — *Прим. ред.*

Leatherman, 1994). Таким образом, обществу необходимо уравнивать права родителей и права детей.

Поскольку большинство из нас сами являются родителями, мы понимаем, что детей необходимо контролировать, особенно когда они не слушаются или мешают нашим планам. Если у вас нет детей, и вы не сталкивались с детским непослушанием, возьмите с собой за покупками ребенка ваших знакомых или друзей. Взрослые, плохо подготовленные к важной и трудной роли родителей, могут целиком опираться на методы воспитания, заимствованные ими из их собственного детства. При этом они не задаются вопросом, правильно поступают или нет, и не пытаются ничего изменить. Хотя это заимствование вполне объяснимо, оно может закрепить нежелательные методы воспитания ребенка, такие как физическое принуждение, вербальные угрозы и игнорирование потребностей ребенка (D. A. Wolfe, 1999).

Благоприятная атмосфера в семье

Нельзя рассуждать о жестоком обращении с ребенком и отсутствии родительской заботы без учета семейного контекста. Семейные взаимоотношения — самые первые и самые прочные социальные взаимоотношения, которые в значительной мере влияют на самооценку ребенка, его способности к адаптации и ощущение благополучия. Для большинства из нас семейные влияния позитивны и благотворны и являются основным источником воспитания, в процессе которого формируются принципы социального взаимодействия, сохраняющиеся затем в течение всей жизни. На других, однако, семейные события и переживания оказывают негативное воздействие. Неблагоприятная атмосфера в семье создает почву для самых жестоких форм насилия в обществе (Gelles & Straus, 1988). Чтобы понять, насколько негативно влияет насилие и отсутствие родительской заботы на психическое здоровье детей и взрослых, нужно выяснить, чем характеризуется нормальная обстановка в семье и как она воздействует на развитие ребенка.

Для нормального развития детям нужна атмосфера заботы и внимания, в которой в равной мере удовлетворяются два типа потребностей: контроля и привязанности (Maccoby & Martin, 1983). Детерминанты здоровых взаимоотношений между родителями и ребенком, а также детерминанты семейных ролей, основанные на этих двух главных потребностях, включают:

- Адекватное понимание детского развития и ожиданий, в том числе знание о нормальном детском сексуальном развитии и экспериментировании.
- Адекватные навыки борьбы со стрессами, возникающими в процессе воспитания маленьких детей; возможность уделять ребенку необходимое внимание и усовершенствование методов воспитания с помощью соответствующей стимуляции.
- Возможности установления нормальной привязанности между родителями и ребенком и формирование коммуникативных паттернов в раннем возрасте.

- Умение вести домашнее хозяйство, в том числе и умение осуществлять разумное планирование расходов на жилье и на еду.
- Возможности и желание родителей разделить между собой обязанности и заботы о детях, когда это необходимо.
- Возможность получения необходимых социальных и медицинских услуг.

Перечисленные условия, необходимые для создания и поддержания в семье нормальной атмосферы, связаны не только с компетенцией родителей и их умением находить адекватные методы воспитания, но также зависят от семейных и социальных обстоятельств. Такие факторы, как взаимоотношения родителей и характер ребенка, его темперамент, здоровье или нарушения развития играют главную роль в его воспитании. Кроме того, существенное воздействие на воспитание оказывают образованность родителей и возможность получения ими социальной поддержки и необходимой информации о правильном воспитании ребенка.

Хотя семейные условия значительно варьируют в США, можно указать определенные характеристики окружающей социальной среды, необходимые для нормального развития ребенка. (Scarr, 1992). Маленьким детям необходима родительская забота; кроме того, они должны иметь возможность усваивать культурные нормы и навыки социального взаимодействия. Для детей постарше необходимы контакты с членами семьи и сверстниками, они должны иметь возможность изучения окружающей социальной среды и приобретения навыков взаимодействия с нею. Среда, необходимая для нормального развития, называется **ожидаемая окружающая среда (expectable environment)** (Cicchetti & Lynch, 1995). В процессе воспитания родительский контроль должен постепенно ослабевать, уступая место усиливающемуся самоконтролю и социальному контролю. Редко этот переход имеет плавный характер, но в семье, где преобладает спокойная доверительная атмосфера, родители постепенно ослабляют контроль, сменяя его частичным контролем и усиливающимся самоконтролем ребенка, что в конце концов формирует независимость взрослого человека.

Стресс и неблагоприятная обстановка в семье.

Известно ли вам, какие люди точно знают, как воспитывать детей? Те, у кого их никогда не было.

*Билл Косби**

*Билл Косби (Bill Cosby), 1937 — популярный американский комедийный актер и один из первых темнокожих телеведущих. В 1980–1990 годы особенным успехом пользовалась юмористическая программа Косбишоу, в которой изображалась жизнь негритянской семьи Хакстейблов, принадлежащей среднему классу. Сам Косби играл роль отца семейства. — *Прим. ред.*

Дети удивительно быстро и легко приспосабливаются к меняющимся внешним условиям. Эта их способность крайне важна для здорового развития. Тем не менее для успешной адаптации им необходима нормальная окружающая среда.

Все дети должны уметь справляться с различными стрессами. Такой опыт укрепляет ребенка, если только интенсивность стресса не превышает способности ребенка справиться с ним (Garmez, 1983). Тем не менее способы адаптации ребенка к меняющимся условиям окружающей среды (например стремление не общаться с опекуном, применяющим силовые методы воспитания) могут использоваться впоследствии и вызывать проблемы, связанные с общением и социальным взаимодействием. Успешная адаптация детей, сталкивающихся со вспышками гнева и агрессии в семье, в значительной степени затруднена. У ребенка возникают признаки стресса, он часто болеет, проявляет симптомы страха и тревоги, у него возникают проблемы со сверстниками и в школе. Уже в возрасте 3-х месяцев у младенцев учащается сердцебиение, если они слышат громкие слова взрослых (Cumplings, 1997).

Стрессовые события в семье влияют на каждого ребенка по-разному. Тем не менее некоторые ситуации провоцируют более интенсивные реакции на стресс и его последствия, чем другие (например, стресс, вызванный переходом в новую школу будет отличаться от стресса, вызванного издевательствами другого ребенка). Жестокое обращение с детьми связано с одной из наиболее разрушительных и тяжелых форм стресса. Жестокое обращение нарушает повседневную жизнь ребенка, оно может быть продолжительным и непредсказуемым и часто является результатом действий или бездействия людей, которым ребенок доверяет и от которых зависит. Однако даже такие травматические ситуации, как жестокое обращение, отсутствие родительской заботы и насилие в семье вызывают в некоторых случаях непрогнозируемые последствия, которые зависят от индивидуальных особенностей ребенка и получаемой поддержки (Masten et al., 1999).

Основной фактор, определяющий реакцию детей на различные формы стресса, — это степень поддержки и помощи, которую получают дети от своих родителей, помогающих им справиться с ситуацией и адаптироваться. Родители формируют у ребенка модель поведения, которая позволяет ему сохранять контроль даже во время замешательства и стресса. Понятно, что теплые взаимоотношения со взрослым человеком, который последователен, предсказуем, не прибегает к строгим наказаниям и помогает избежать необязательных источников стресса, окажутся очень ценными для ребенка. Дети, испытывающие жестокое обращение, очень тяжело адаптируются к любой форме стресса, поскольку они лишены позитивных взаимоотношений со взрослыми, у них отсутствуют навыки эффективного разрешения проблем и не возникает ощущения предсказуемости событий и личного контроля над ними (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

Проявление заботы о ребенке

Большинство из нас согласятся с тем, что дети, которым недостает основных необходимых в жизни вещей — еды, привязанности, медицинской обслуживания, образования и интеллектуальной и социальной стимуляции — оказываются в опасности. Однако различные культурные ценности, общественные нормы и личный опыт свидетельствуют о том, что насилие в воспитании иногда применяется для установления дисциплины и в образовательных целях (Korbin, 1994).

Ниже мы приводим возможные варианты проявления заботы о детях, включающие как нормальное, так и жестокое обращение с ребенком; мы указываем формы приемлемого и неприемлемого поведения родителей по отношению к детям (D. A. Wolfe, 1991):

Эмоциональная отзывчивость и экспрессивность родителей.

Ориентация на ребенка.

- Различного рода сенсорная стимуляция и выражения позитивных эмоций.
- Взрослый вступает в полноценные, ориентированные на ребенка взаимодействия.
- Рассказывает ребенку о нормальной сексуальности и нормальных взаимоотношениях.
- Составляет правила безопасности и здоровья.
- Время от времени ругает, критикует ребенка и прерывает его деятельность.
- Использует эмоциональную манеру выражения и иногда довольно резкий тон.

Пограничное отношение.

- Взрослые проявляют эмоциональную ригидность и негибко реагируют на ребенка.
- Используют вербальное и невербальное давление и с его помощью пытаются достичь нереалистичных целей.
- Часто используют вербальные и невербальные принудительные методы, что сводит к минимуму уверенность ребенка в собственных силах.
- Родители нечутко реагируют на потребности ребенка.
- Взрослые несправедливо сравнивают ребенка с другими детьми.
- Взрослые пользуются преимуществом своего положения или игнорируют зависимое положение ребенка.
- Посягают на потребность ребенка в уединении.

Неприемлемые формы поведения /насилие/отсутствие родительской заботы.

- Взрослые унижают и оскорбляют ребенка

- Выражают амбивалентные чувства по отношению к ребенку, проявляют любовь в зависимости от обстоятельств.
- Эмоционально и физически отвергают внимание ребенка.
- Пользуются грубыми и жестокими методами контроля.
- Нечувствительны к потребностям ребенка.
- Взрослые намеренно пугают ребенка, угрожают ему или провоцируют у него негативные реакции.
- Реагирует чрезмерно эмоционально и непредсказуемо.
- Пользуясь зависимостью ребенка, применяют принуждения, угрозы или подкуп.
- Используют сексуальное или физическое принуждение и насилие.

Итак, в тех случаях, когда ребенок и его личность занимают центральное положение, родители используют приемлемые и нормальные формы воспитания, способствующие его развитию. Компетентные родители по-разному стимулируют развитие ребенка, они предъявляют свои требования к ребенку в зависимости от его потребностей и способностей. Разумеется, родители часто ругают, критикуют ребенка и даже демонстрируют нечувствительность к его потребностям; в действительности, чтобы вырастить дисциплинированного ребенка, иногда нужен строгий контроль, требовательность и эмоциональная экспрессивность.

Однако при пограничном стиле воспитания родители ведут себя более безответственно, и ребенку наносится значительный вред. Таким родителям зачастую самим нужна помощь и наставление, которые позволили бы им овладеть эффективными методами воспитания.

Наконец, родители, не удовлетворяющие потребности ребенка, пользуются его зависимостью и совершают физическое, сексуальное или эмоциональное насилие. Они ведут себя неприемлемо и жестоко по отношению к детям. Итак, самый явный признак отсутствия родительской заботы — неспособность родителей чутко реагировать на потребности ребенка.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Можно выделить четыре основных типа жестокого обращения с детьми: отсутствие родительской заботы, физическое, сексуальное и эмоциональное насилие.
- Всегда существовали такие семьи, где с детьми обращались жестоко, но до последнего времени общество не рассматривало это явление как серьезную проблему или повод для беспокойства.

Жестокое обращение с ребенком вызывает самые тяжелые и разрушительные формы стресса, которые часто ведут к нарушению адаптации.

В семьях, где жестоко обращаются с детьми, отсутствует эмоциональная и физическая поддержка, поэтому у ребенка затруднена или отсутствует возможность исследовать окружающую среду и выработать навыки взаимодействия с ней.

Проявление заботы о ребенке можно описать в рамках гипотетического континуума: от приемлемых и нормальных форм воспитания до насилия и отсутствия родительской заботы.

Границы между приемлемым и неприемлемым поведением по отношению к детям не всегда ясны или четко установлены, но осознание правильности или ошибочности действий помогает предотвратить жестокое отношение к ребенку.

ТИПЫ НАСИЛИЯ

Приходилось ли вам сидеть с маленьким ребенком или руководить группой детей в лагере или в школе? Что бы вы сделали, если бы увидели, что у ребенка синяки? Вам следует знать, что на всей территории США действуют законы и официальные постановления, обязывающие людей, входящих в контакт с детьми в процессе общения или работы (например водителей автобусов, работников детских садов, учителей, воспитателей и т. д.) сообщать полиции или властям об известных или возможных случаях насилия над детьми. Эти законы и постановления предусматривают ситуации, в которых детей нужно забрать из семьи, если к ним применяется насилие. Статьи закона определяют формы жестокого обращения, которые наказываются в уголовном порядке.

Ситуации, негативно влияющие на здоровье и состояние детей, предполагают проявление насилия и отсутствие заботы со стороны взрослых, а не патологическое поведение ребенка или наличие у него психического расстройства. Таким образом, в Руководстве DSM-IV-TR отсутствуют специфические определения типов жестокого обращения с детьми. В Руководстве жестокое обращение с ребенком (со стороны взрослого или другого ребенка) рассматривается в разделе I под рубрикой «Другие условия, которые могут стать объектом клинического исследования». Если ребенок, который испытал насилие, страдает от клинического расстройства, такого как депрессия (раздел I), то жестокое обращение может рассматриваться в разделе IV (психосоциальные проблемы и проблемы окружающей среды), поскольку оно может повлиять на диагностику, лечение и последствия детской депрессии. Типы жестокого обращения определены в Национальных статистических исследованиях, которые проводятся с 1980 года Министерством здравоохранения и социальных служб (осуществ-

лено уже три таких исследования). Эти работы учитывают статистику официальных докладов и результаты репрезентативного опроса специалистов, общающихся с детьми в процессе своей профессиональной деятельности.

Физическое насилие

Мильтон: Обидчик и обиженный

Раздражительный характер четырехлетнего Мильтона и взрывной темперамент его матери очень плохо сочетаются друг с другом. Мать постоянно кричит на ребенка, бьет его и запирает в комнате. Однажды в детском саду воспитательнице показалось, что Мильтон сильно простудился. Она отвела его к врачу, и во время осмотра обнаружилось, что у мальчика сломано левое предплечье, причем травма произошла около двух недель назад. На лбу Мильтона была шишка, а всю спину и лицо покрывали синяки. Резко бросалось в глаза агрессивное поведение Мильтона в детском саду — он толкал и бил других детей. Но никто из окружающих не подозревал о том, что его самого обижали. Воспитательница Мильтона признается: «Невозможно предсказать, как Мильтон поведет себя в той или иной ситуации. Во время игры он может внезапно прийти в ярость, разбросать игрушки и ударить кого-нибудь из детей. Однажды его охватил беспричинный страх, и он забился в угол. Несколько раз я пыталась обсудить поведение Мильтона с его матерью, но она утверждает, что мальчик никогда никого не слушается».

Мильтон постоянно подвергается физическому насилию. Его поведение заметно меняется (он словно бы «взрослеет») в окружении, где жесткие дисциплинарные методы с использованием наказаний служат сдерживающим фактором и подменяют стимуляцию, ориентированную на ребенка. **Физическое насилие (physical abuse)** включает такие действия, как битье, пинки, укусы, ожоги, резкие толчки или нанесение ребенку физических повреждений другими способами. В большинстве случаев повреждения наносятся не намеренно, они являются результатом применения слишком жестких дисциплинарных методов или физического наказания. Серьезность и характер повреждений, возникающих в результате физического насилия, сильно варьируют. Это подтверждают следующие примеры, которые приводятся в исследованиях Министерства здравоохранения (Sedlak & Broadhurst, 1996):

- Годовалый ребенок умер от кровоизлияния в мозг, после того как его ударил отец.
- Наказывая свою десятилетнюю дочь, мать вырвала у нее волосы.

- Ребенок получил ожоги второй и третьей степени, после того как его ноги поместили в горячую воду.

В результате физического насилия, грубого и нечуткого обращения такие дети, как Мильтон, часто считаются более агрессивными и жестокими, чем их сверстники. Возникающие у них расстройства затрагивают широкий спектр эмоциональных и когнитивных процессов (Cicchetti, Toth & Maughan, 2000). Физические повреждения, которые получают дети в результате насилия, могут быть незначительными (синяки, ранки), умеренными (шрамы, ссадины) или сильными (ожоги, растяжения или переломы костей). Данные физические симптомы указывают только на видимые повреждения; между тем психологическое развитие детей, подвергающихся физическому насилию, часто замедляется, что представляет собой серьезную проблему, которая не всегда замечается окружающими. Случай с Мильтоном хорошо иллюстрирует эту ситуацию, поэтому ниже мы будем еще на него ссылаться.

Отсутствие родительской заботы

Джейн и Мэтт: Лишенные родительского внимания

Хотя Джанет работает в службе защиты детей более 10 лет, она по-прежнему испытывает отвращение, когда описывает условия в семье, откуда она забрала маленьких брата и сестру — Джейн и Мэтта. «Соседи и родственники жаловались на то, что они часто слышат детский плач, а родители этих детей редко бывают дома, — рассказывала Джанет во время нашего интервью. — Я часто заходила к ним домой, и обычно там сохранялась чистота в течение нескольких дней после моего визита. Но однажды детей оставили на попечение девочки-подростка, которая отправилась развлекаться в зал игровых автоматов. Дети вышли из дома, а обратно их привел полицейский. На этот раз я увидела нечто худшее, чем раньше. Трехлетний Мэтт бегал по дому в испачканном памперсе, подбирал остатки несвежей еды с разбитых тарелок. Его сестра, шестилетняя Джейн, была одета в грязное платье и выглядела так, будто не ела целую неделю. Тяжелый запах, распространившийся по всему дому, заставил меня выйти на улицу. Дети, казалось, привыкли к нему — они просто устранили вещи, которые оказывались у них на пути, и не обращали ни на что внимания».

Позже я встретилась с ними, когда они оба стали жить в доме у приемных родителей, которым я дала несколько советов относительно того, как справиться с некоторыми проблемами. Джейн была очень упряма, а у Мэтта наблюдалась задержка речи, кроме того, несмотря на свой возраст, он так и не научился пользоваться

туалетом. Приемная мать заметила, что оба ребенка, по-видимому, нуждались в «постоянном внимании и контроле». Ни один из них не испытывал потребность надевать чистую одежду, не соблюдал правила гигиены и не имел понятия об обычных повседневных делах, таких, например, как совместный обед или уборка.

Джейн и Мэтт были лишены заботы родителей, которые не удовлетворяли их основные физические, образовательные и эмоциональные потребности. **Отсутствие заботы о физическом состоянии ребенка (Physical neglect)** выражается в отсутствии контроля над ребенком; родители не заботятся о его здоровье, оставляют его, выгоняют из дома или отказываются принимать домой ребенка, который сбежал и вернулся. **Отсутствие заботы о получении ребенком образования (Educational neglect)** выражается в том, что родители игнорируют регулярные прогулы школьных занятий, не отдают ребенка в школу при достижении им необходимого возраста, не помогают ребенку получить образование. **Эмоциональная безучастность родителей (emotional neglect)** — один из наиболее трудно определяемых терминов. Эмоциональная безучастность выражается в нежелании или неспособности родителей установить с ребенком прочную привязанность и оказывать ему психологическую поддержку. Кроме того, эмоциональная безучастность возникает, когда родители позволяют ребенку употреблять алкоголь или наркотики, и в случаях супружеского насилия в присутствии ребенка.

Чтобы определить, действительно ли ребенок лишен родительской заботы, нужно учесть культурные ценности и нормы воспитания, и в то же время нужно признать, что неспособность родителей обеспечить все необходимые условия для жизни ребенка может быть следствием бедности. Ниже мы приводим реальные случаи отсутствия родительской заботы (Sedlak & Broadhurst, 1996):

Отсутствие заботы о физическом состоянии ребенка.

- Полиция обнаружила ночью 2-летнего не одетого ребенка, который бродил по улице без сопровождения взрослых.
- Младенца пришлось отправить в больницу после того, как он едва не утонул, оставшись один в ванной.
- Дети жили в доме, по которому были разбросаны фекалии животных и остатки сгнившей еды.
- Отсутствие заботы о получении ребенком образования.
- Два ребенка в возрасте 11 и 13 лет регулярно прогуливали школу.
- 12-летнему ребенку родители разрешали самому решать, ходить ли в школу, как долго оставаться там и какие занятия посещать.
- Ребенок учился в школе для отстающих детей, и его мать отказывалась признать, что ему нужна помощь в учебе.

Эмоциональная безучастность родителей

- Дети неоднократно оказывались свидетелями сцен насилия, разыгрывавшимися между матерью и отцом.
- Родители разрешили 12-летнему ребенку пить спиртное и употреблять наркотики.
- Мать помогла ребенку выбивать стекла в доме соседей.

Дети, лишённые родительской заботы, могут испытывать проблемы со здоровьем, их рост замедляется, и у них часто возникают аллергии и диабет. Имея низкий уровень адаптации, такие дети ведут себя крайне неровно — их поведение колеблется от активного непослушания до чрезвычайной пассивности (Crittenden & Ainsworth, 1989). Младенцы, лишённые родительской заботы, проявляют мало настойчивости и энтузиазма; в дошкольном возрасте такие дети плохо контролируют импульсы и сильно зависят от поддержки и опеки учителей и воспитателей. (M. F. Erickson, Egeland & Pianta, 1989).

Следует отметить, что эмоциональная безучастность родителей оказывает воздействие также и на тех детей, которые становятся пассивными свидетелями сцен родительского насилия, что крайне негативно отражается на их психическом и физическом состоянии. (Fantuzzo & Mohr, 1999). Маленькие дети становятся боязливыми и часто проявляют регрессивные и соматические признаки дистресса. У них возникают нарушения сна, они могут страдать от головных болей, болей в животе, диареи, язвы и энуреза. Дети постарше, как правило, ведут себя более агрессивно со сверстниками и партнерами; девочки обычно пассивны, уходят от общения и у них формируется низкая самооценка (Grych, Jouriles, Swank, McDonald & Norwood, 2000; D. A. Wolfe, Jaffe, Wilson & Zak, 1985).



Отсутствие родительской заботы — это самая распространенная форма жестокого обращения, она вызвана бедностью, злоупотреблением наркотиками, спиртным и равнодушием родителей.

Сексуальное насилие

Розита: Папа сказал, что все будет в порядке

Розите еще не было 4-х лет, когда семейный врач обратил внимание на то, что девочка проявляет признаки сильного беспокойства. Он попытался выяснить причину, и Розита с помощью куклы разыграла перед врачами сексуальную сцену. Куклы изображали саму Розиту и ее отца. «Папа сказал, что я могу играть в эту игру, и все будет в порядке, потому что взрослые тоже делают это», — в замешательстве объяснила девочка. Розита показала, как куклы целуются, затем юноша-кукла потер вагину девушки-куклы. «Но он сделал мне больно, и я испугалась. Я не хочу, чтобы со мной что-нибудь случилось». Хуже всего было то, что мать Розиты пришла в ярость: она рассердилась и на девочку, и на врачей, когда услышала объяснение в адрес мужа. Мать не пожелала защитить и обезопасить собственную дочь. «Розита просто хочет привлечь к себе внимание — она говорит ужасные вещи, и я не верю ни одному ее слову», — только и смогла сказать мать.

Розита подверглась сексуальному насилию со стороны отца, и ей не поверила мать; в результате она стала испытывать многочисленные психологические трудности. Поскольку Розита находилась под наблюдением специалистов в течение детства и отрочества, мы обсудим ее случай, когда будем говорить о процессе развития детей и подростков, подвергшихся сексуальному насилию.

Сексуальное насилие (sexual abuse) включает ласки детских гениталий, половой акт, инцест, содомию, эксгибиционизм и коммерческое использование детей в целях проституции или при производстве порнографических материалов. Испытывая страх и смущение, дети не всегда сообщают о сексуальном насилии, так что порой бывает трудно определить, совершалось насилие или нет. (Haugaard, 2000). Исследования Министерства здравоохранения упоминают о следующих случаях сексуального насилия над детьми (Sedlak & Broadhurst, 1996):

- 10-летнюю девочку изнасиловал отец.
- Двух сестер и брата развратил живущий с ними приятель матери.
- 4-летнюю девочку развращал отец во время своих визитов домой на выходные.

Поведение и развитие детей, подвергающихся сексуальному насилию, может существенно измениться, особенно если насилие совершается часто и в течение длительного периода времени, если сопровождается применением физической силы и нанесением телесных повреждений, если насильник хорошо знаком жертве или является ее родственником (Kendall-

Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). Физическое здоровье детей, над которыми совершили сексуальное насилие, оказывается подорванным из-за ранней беременности, возникающих гинекологических проблем, возможности заболеваний, передающихся половым путем (в том числе СПИДа), из-за проблем мочеполовой системы. (Национальный Исследовательский Совет, 1993). Около $\frac{1}{3}$ детей, подвергшихся сексуальному насилию, не сообщает о насилии, или у них не наблюдается никаких симптомов, возникающих вследствие насилия, около $\frac{2}{3}$ детей с болезненными симптомами поправляют свое здоровье в течение первых 12–18 месяцев после насилия (Kendall-Tackett et al., 1993). Тем не менее все более широко признается тот факт, что симптомы могут проявляться не сразу (L. M. Williams, 1994).

Детские реакции на сексуальное насилие и процесс восстановления у разных детей отличаются — они зависят от характера совершенного насилия и отношения к нему других людей, влияющих на ребенка, в особенности матери. Многие острые симптомы, возникающие после сексуального насилия, похожи на обычные детские реакции на стресс, такие как страх, гнев, тревога, утомляемость, депрессия, пассивность, проблемы с концентрацией и сохранением внимания и отказ от повседневных занятий и обычной деятельности. Очень часто после сексуального насилия маленькие дети испытывают регресс, страдая от энуреза, нарушений сна и легко поддаваясь переменам настроения. В начальном школьном и подростковом возрасте признаки дистресса могут выражаться в антисоциальном поведении, включая правонарушения, употребление наркотиков, сексуальную распущенность или нанесение себе телесных повреждений (Wekerle & Wolfe, 1996). Некоторые дети, подвергшиеся сексуальному насилию, проявляют сексуальность по отношению к другим детям и/или игрушкам. Такое поведение выражается в частой мастурбации, не по возрасту ранних сведениях о сексе и/или ярко выраженных соблазняющих или распутных действиях. Кроме того, у ребенка зачастую ухудшается успеваемость, резко изменяется поведение и осложняются отношения со сверстниками.

В отличие от других типов жестокого обращения, сексуальное насилие не связано с воспитанием детей, дисциплиной или невниманием к потребностям ребенка. Оно разрушает доверие ребенка, вносит в его жизнь обман. Человек, совершающий сексуальное насилие над ребенком, пользуется его беззащитностью и невинностью. Хотя все типы жестокого обращения с детьми вызваны злоупотреблением власти взрослых над ребенком, но последствия сексуального насилия отличаются от последствий физического насилия и отсутствия родительской заботы.

Эмоциональное насилие

Эван: Я просто совершаю неудачные поступки

«Я могу быть хорошим, если захочу, просто чаще всего я совершаю неудачные поступки», —

признается одиннадцатилетний Эван. Один из таких «неудачных поступков» состоял в том, что он подсыпал краску в кофе учителю, после чего администрация рассматривала вопрос об исключении Эвана из школы. Ситуация осложнялась еще и тем, что Эван начал пить пиво и несколько раз попадался на воровстве. В школе говорили, что он агрессивен с другими детьми и часто пытается забрать у них деньги. Чтобы документально подтвердить неприглядное поведение маленького Эвана, его родители решили зафиксировать конфликтные ситуации с помощью видеокамер, реагирующих на движение, которые они установили в своем доме. После просмотра пленок выяснилось, что Эван испытывает эмоциональное насилие со стороны отца и матери. Вот несколько ярких примеров их разговоров:

Отец Эвана: «Я бы запер тебя в клетке, и пусть все смотрят на тебя, как на зверя. Я сыт по горло этим дерьмом, ни у меня, ни у твоей матери больше нет сил терпеть все это. Я, кажется, с тобой разговариваю, а не со стенкой. Слышишь, ты, деревянная голова?! Если бы в детстве я вел себя так же, мой отец просто убил бы меня. От твоего упрямства у тебя будет дырка в твоей ё...ой голове. Если тебе не нравится жить с нами, можешь убираться отсюда!»

Родители Эвана были абсолютно уверены в том, что он крадет у них деньги. Далее на пленке следует стычка Эвана с матерью: «Мы знаем, что ты лжешь, дрянь такая! Немедленно скажи правду! всю правду! Иди, посмотришь в зеркало. Посмотришь в зеркало и потом возвращайся. Ты похож на смертный грех [поворачивается к мужу]: Я сейчас ударю его. Ведь на самом деле ты не должен так смотреть на меня! Так нормальный ребенок не смотрит! У тебя на лбу написано, что ты виноват». Позже мать Эвана обнаружила, что она неправильно посчитала деньги («Невыносимый Эван», 1994).

Эван пережил очень грубые вербальные угрозы и эмоциональные унижения от своих родителей. Такие угрозы могут нанести не меньший вред развитию ребенка, чем физическое насилие или отсутствие родительской заботы. **Эмоциональное насилие (emotional abuse)** включает действия или упущения родителей или воспитателей, которые вызывают или могут вызвать у ребенка серьезные поведенческие, когнитивные, эмоциональные или психические расстройства. Например, родители или воспитатели применяют экстремальные или нетипичные формы наказаний, такие как запираание ребенка в темном туалете. Эмоциональное насилие также включает вербальные угрозы, унижения и брань, такие как пережил Эван, и превращает ребенка в «козла отпущения». Эмоциональное насилие проявляется во всех формах жестокого обращения с детьми, поэтому его конкретные психологические последствия еще не вполне изучены (Garbarino, Guttman & Seely, 1986).

В исследованиях Министерства здравоохранения приводятся некоторые случаи эмоционального насилия, которые причиняют или могут причинить ребенку серьезный вред (Sedlak & Broadhurst, 1996):

- Маленькая девочка находилась пристегнутой на высоком детском стульчике, пока ее родители были на работе.
- В качестве наказания 4-летнего девочку заперли в шкафу.
- Дети перенесли тяжелую эмоциональную травму, когда у них на глазах отец купил пистолет и пригрозил застрелить из него всю семью.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Физическое насилие выражается в избиении ребенка, ударах, резких толчках, укусах, ожогах и нанесении ребенку других телесных повреждений.
- Отсутствие родительской заботы выражается в неспособности родителей и воспитателей удовлетворить основные физические, образовательные и эмоциональные потребности ребенка.
- Сексуальное насилие выражается в сексуальных контактах, половых актах, эксгибиционизме и коммерческой эксплуатации детей с целью проституции или для производства порнографии.
- Эмоциональное насилие выражается в действиях или упущениях, которые могут стать причиной серьезных поведенческих, когнитивных, эмоциональных или психических расстройств.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЛУЧАЕВ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ. ОБЩАЯ СИТУАЦИЯ

Когда в начале 60-х годов впервые был описан *синдром избиваемого ребенка** (один из первых терминов для обозначения физического насилия над детьми) (Kemple, Silverman, Steele, Droegenmueller & Silver, 1962), предполагалось, что в США этот синдром можно выявить не более, чем у 300 детей. В настоящее время государственные службы защиты детей ежегодно расследуют около 3 миллионов случаев отсутствия родительской заботы и предполагаемого насилия над детьми (Министерство здравоохранения и социальных служб США, 2000). Более того, наблюдается довольно тревожная тенденция,

* Синдром избиваемого ребенка — клинические признаки избиения ребенка: различные травматические повреждения костей и/или мягких тканей, преднамеренно нанесенные взрослыми. — *Примеч. ред.*

указывающая на то, что общее число детей с серьезными повреждениями и общее число детей, лишенных родительской заботы, с 1986 года возросло в четыре раза (Sedlack & Broadhurst, 1996).

СТАТИСТИКА СЛУЧАЕВ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ В СЕВЕРНОЙ АМЕРИКЕ

В 1998 году в США около 1 миллиона детей были признаны жертвами детского насилия, что составляет 12,9 на 1000 детей (Министерство здравоохранения США, 2000). Для сравнения можно привести статистические данные, согласно которым в Канаде основные показатели жестокого обращения с детьми составляли 9,7 на 1000 детей (Trocme & Wolfe, 2001). Эти страны в целом похожи, однако большее число случаев жестокого обращения в США обусловлено тем, что в США выше уровень бедности, и малообеспеченным людям в меньшей степени доступны медицинские услуги.

На рис. 14.1 показано процентное соотношение разных типов жестокого обращения с детьми. Этот паттерн на протяжении последнего десятилетия сохраняется, хотя в 1990-х годах уровень жестокого

обращения с детьми несколько снизился (особенно сексуальное насилие над детьми), но причины этого снижения неизвестны (L. Jones & Finkelhor, 2001). Отсутствие родительской заботы, в том числе заботы о здоровье детей (медицинская запущенность) по-прежнему остается серьезной проблемой, с которой связано около 60% всех зафиксированных случаев жестокого обращения с детьми в США. Почти четверть детей, пострадали от физического насилия и почти 12% подвергались сексуальному насилию. Кроме того, каждый четвертый ребенок из всех детей, подвергшихся насилию, страдал от нескольких типов жестокого обращения.

Тенденцию распространения случаев жестокого обращения с детьми можно также оценить на основании общественных и национальных опросов, представляющих большой срез общества. В таких опросах удается избежать факторов, которые обычно не позволяют детям или взрослым сообщать о жестоком обращении в официальные учреждения. Анонимные опросы свидетельствуют о том, что гораздо большее число детей рискует подвергнуться жестокому обращению, чем об этом сообщается в официальных докладах. По результатам телефонных интервью более чем с 3 500 семьями в США, 10,7% родителей (то есть от 107 на 1000 детей) признали, что за прошедший год совершили хотя бы один акт насилия над ребенком (родители ударяли ребенка каким-либо предметом, толкали или ошпаривали его) (Straus & Gelles, 1986).



Рис. 14.1. Процентное соотношение разных типов жестокого обращения с детьми. Источник: Министерство здравоохранения США, 2000. Физическое насилие — 23%, Сексуальное насилие — 12%, Психологическое насилие — 6%, Отсутствие заботы родителей о физическом здоровье ребенка (медицинская запущенность) — 6%, Отсутствие родительской заботы — 53%.

Распространенность насилия над детьми можно оценить также по опросам взрослых, в которых фиксируются случаи насилия, пережитые ими в детстве. Такие исследования почти целиком были посвящены сексуальному насилию, возможно из-за того, что отдельные сексуальные акты было легче определить, чем другие формы насилия или жестокого обращения. Исключение составляет Приложение к специальному докладу Департамента по здравоохранению провинции Онтарио (Канада). В нем приводятся результаты опроса приблизительно 10 000 жителей этой провинции в возрасте 15 лет и старше, которым предлагали указать случаи физического и сексуального насилия, пережитые ими в детстве (H. L. MacMillan et al., 1997). Мужчины чаще сообщали о физическом насилии (31,2%), чем женщины (21,1%), тогда как о сексуальном насилии в детстве чаще сообщали женщины (12,8%), чем мужчины (4,3%). Следует учесть, что эти цифры — лишь приблизительные оценки. Ретроспективные сообщения о детских переживаниях неточны, поскольку не всегда можно подтвердить эпизоды жестокого обращения и получить достоверные результаты. Тем не менее данные о распространенности насилия и жестокого обращения говорят о серьезной проблеме, которая до последнего времени не рассматривалась.

Характеристики детей, ставших жертвами жестокого обращения

Могут ли детские возрастные, этнические и гендерные характеристики являться факторами риска жестокого обращения? Исследования обнаружили, что пол и возраст детей связаны с риском жестокого обращения, а этническая принадлежность — нет (Sedlak & Broadhurst, 1996; Trocme & Wolfe, 2001). Любой ребенок может стать жертвой насилия, но существуют связи между некоторыми типами жестокого обращения и возрастом детей. Маленькие дети, имеющие самую большую потребность в уходе и наблюдении, чаще всего испытывают эмоциональную безучастность родителей и оказываются лишенными родительской заботы об их физическом состоянии. Малыши, дошкольники и младшие школьники чаще всего становятся жертвами физического и эмоционального насилия. Случаи физического и эмоционального насилия над подростками часто бывают связаны с растущим стремлением к независимости и семейными конфликтами, характерными для этого периода развития. Случаи сексуального насилия возникают с 3-летнего возраста, что свидетельствует об уязвимости детей перед этим типом насилия с ранних дошкольных лет и на протяжении всего детства (Sedlak & Broadhurst, 1996).

Как правило, гендерные характеристики не влияют на показатели жестокого обращения с детьми, если не считать некоторые особые типы насилия. Девочки на 25% чаще испытывают насилие, чем мальчики; это во многом соответствует данным, согласно которым девочки становятся жертвами сексуального насилия приблизительно в 80% случаях (Finkelhor, 1993). Более того, динамика сексуально-

го насилия над мальчиками и девочками различается. Хотя мальчики, также как и девочки, чаще подвергаются жестокому обращению со стороны человека, которого они знают и которому доверяют, насилие над мальчиками чаще всего совершают мужчины, не входящие в состав семьи (сотрудники летнего лагеря, учителя, воспитатели), а девочки чаще всего страдают от насилия мужчин-членов семьи (Finkelhor, 1995). Эти данные говорят о различных паттернах уязвимости мальчиков и девочек; учитывая это, можно принимать соответствующие меры предотвращения насилия.

Характеристики семьи и преступника

Характеристики семьи напоминают нам о культурных и социальных факторах, оказывающих влияние на методы воспитания детей. Наиболее показательны неоднократно подтвержденные данные, согласно которым жестокое обращение с детьми больше распространено среди бедных и неимущих. Это явление невозможно объяснить статистическими искажениями, поскольку динамика его не изменилась за последние 20 лет, несмотря на усиление самосознания и гласности (Pelton, 1994). Но в действительности экономические факторы, к которым можно отнести ограниченные возможности заботы о ребенке, плохие жилищные условия и недоступность квалифицированного медицинского обслуживания, создают мощный фон для распространения случаев жестокого обращения с детьми среди неимущих и малообеспеченных слоев населения. Структура семьи также является очень важной характеристикой. Дети, живущие с одним из родителей, значительно больше рискуют оказаться лишенными родительской заботы или подвергнуться физическому насилию. Дети, живущие только с отцами, в два раза чаще подвергаются физическому насилию, чем те, кто живет с одной матерью (Sedlak & Broadhurst, 1996; Trocme & Wolfe, 2001). Жестокое обращение с детьми — в особенности отсутствие заботы о физическом состоянии ребенка и педагогическая запущенность — чаще встречаются в больших семьях, где появление каждого нового ребенка приносит дополнительные заботы и трудности.

Кто совершает акты насилия и жестокого обращения? Более чем в 85% всех случаев родители ребенка (один или оба). Тем не менее статистика сексуального насилия и отсутствия родительской заботы отличается от статистики других типов жестокого обращения. Около половины детей, подвергающихся сексуальному насилию, терпят его от чужих людей, а не от родителей, при этом другие виды насилия совершает лишь незначительная часть постоянных людей. По большей части матери (около 90%) ответственны за отсутствие родительской заботы, и это вполне понятно, поскольку матери или люди их заменяющие являются основными опекунами. Зато сексуальное насилие гораздо чаще, приблизительно в 90% случаях, совершается мужчинами, около половины из них — отцы или люди их заменяющие. Мужчины также по большей части

оказываются виновниками эмоционального (63%) и физического насилия (58%). (Sedlak & Broadhurst, 1996).

Кросс-культурные сравнения

Как живут дети в других государствах? Сравнения проводить довольно трудно, поскольку похожие случаи жестокого обращения с детьми по-разному освещаются в прессе и официальных отчетах в разных странах мира. Но даже те немногочисленные факты, которыми мы располагаем, позволяют сделать вывод о том, что физическое и сексуальное насилие распространяется, как эпидемия, во многих странах мира.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) приводит данные, согласно которым ежегодно во всем мире 40 миллионов детей в возрасте до 14 лет лишаются родительской заботы и становятся жертвами насилия (ВОЗ, 1999). Эти цифры свидетельствуют о том, что насилие над детьми распространено во всех обществах и почти всегда является тщательно сохраняемым секретом. Результаты исследований, в которых детей и молодых взрослых спрашивали о случаях насилия, подтверждают, что показатели распространения сексуального насилия над детьми в других западных обществах сопоставимы с показателями Северной Америки и составляют около 20% для женщин и от 3 до 11% для мужчин (Finkelhor, 1994).

Около 10 миллионов детей по всему миру могут стать жертвой детской проституции, секс-индустрии, секс-туризма и порнографии. (ВОЗ, 1999). Эта проблема особенно остро стоит в Азии и Латинской Америке, где девочек могут вынудить заняться коммерческим сексом уже в возрасте 9 лет, но тревожный рост этих показателей обнаружили в Африке, Северной Америке и Европе (Детский Фонд ООН, 1999). Бедность — решающий фактор в стремительном росте детской проституции, так как переселение семей из деревень в города приводит к безработице, разрыву семейных структур, бездомности и неизбежно усиливает детскую проституцию (D. A. Wolfe, Nayak & Hassan, в печати).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Случаи безучастного отношения родителей и жестокого обращения с детьми распространяются, как эпидемия, в США, Канаде и многих других странах по всему миру.
- Младенцы и маленькие дети, по сравнению с детьми более старшего возраста, чаще всего оказываются лишенными заботы родителей о физическом состоянии ребенка.
- Физическое и эмоциональное насилие чаще всего совершается над малышами, дошкольниками и детьми младшего подросткового возраста.

- Сексуальное насилие чаще совершается над девочками, начиная с 3-летнего возраста.
- Бедность и воспитание ребенка одним из родителей — наиболее значимые демографические факторы, влияющие на распространение случаев жестокого обращения с детьми.

ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Ребенок, живущий в обстановке насилия, испытывает непреодолимые проблемы, связанные с адаптацией. Он пытается сохранить чувство веры в людей, которым нельзя доверять, стремится к безопасности в опасной ситуации. Он должен контролировать совершенно непредсказуемую ситуацию и сохранить силу духа тогда, когда он беспомощен.

Herman, 1992, стр. 98

Это высказывание выдающегося клинициста и исследователя Джудит Герман отражает сущность мировосприятия детей и подростков, подвергающихся жестокому обращению. Насилие и отсутствие родительской заботы вызывают у ребенка чувства, которые представляют собой не просто физическую боль и страхи переходного возраста. Жестокое обращение угрожает безопасности и благополучию детей и самым негативным образом отражается на их мировоззрении и самооценке. Мы вернемся к случаю Розиты, чтобы проиллюстрировать это негативное влияние:

Розита: Ребенок, оказавшийся в ловушке

В возрасте 6 лет Розита совершила две попытки суицида, после чего ее поместили в больницу. В кемпинге она обмотала веревку вокруг шеи, а ее приемная мать схватила ее и отвязала. Казалось, девочка не испытывала боли, она сидела и плакала долгое время, пока приемная мать успокаивала ее.

«Розиту больше всего интересуют темы смерти и суицида. Они постоянно возникают в ее рисунках, школьных сочинениях и даже в разговорах со сверстниками, — объяснил ее учитель. — Ей сложно заводить подруг, потому что она ведет себя глупо, когда пытается принять участие в их играх. Она не раз просила других детей дотронуться до ее вагины и пыталась засунуть палец в вагину одной девочки. Конечно, это встревожило других родителей и учителей. Но она такая несчаст-

стная. У Розиты бывают вспышки гнева, когда она проявляет неприязнь к собеседнику. Это состояние резко меняется, она становится более добродушной, в некоторых случаях даже навязчивой». Жизнь Розиты стала более размеренной, и к 9 годам ее успеваемость в школе заметно улучшилась. Однако к 15 годам ее психологическое состояние вновь начало ухудшаться. Она предпринимала попытки суицида, пыталась порезать себе руку стеклом и другими острыми предметами. Я встретился с ней после ее выхода из больницы. Она была в подавленном состоянии, чувствовала себя нелюбимой и покинутой. Розита страдала от тяжелой депрессии, в ее словах проявлялась тревожность: «Я вздрагиваю и пугаюсь без всякой причины. Я просто хочу куда-нибудь уйти и спрятаться от людей, — объяснила она. — Я никому не верю, кроме моей подруги Мэри, но даже она думает, что я странная, когда я себя так веду. Мне кажется, будто меня поймали в ловушку или схватили, и я не могу выбраться». Я продолжил интервью, чтобы выяснить, какие у Розиты были проблемы со сном, и почему она постоянно плакала и грустила. Розита не забывала о насилии, пережитом в детстве, и порой у нее возникали навязчивые воспоминания о том, что случилось. «Я чувствую себя завязанной в узел. Как будто я схожу с ума или что-то в этом роде. Именно в такие моменты я начинаю резать себе руку, чтобы просто почувствовать, что я не сплю, что я настоящая». Порой она даже обвиняла себя в том, что потеряла семью несколько лет назад: «Неважно, насколько это было плохо, я бы хотела, чтобы об этом никто никогда не узнал, потому что это не стоило всей перенесенной мной боли».

У Розиты низкая самооценка, а ее взгляды на будущее пессимистичны. Она очень уязвима и сама провоцирует издевательства, которые усугубляются из-за ее недостатка самоуважения и ограниченных навыков самозащиты. Она тяжело переживает разлуку с семьей и испытывает к ней амбивалентные чувства. Порой Розита обвиняет себя за то, что рассказала о насилии, она жалеет, что о нем узнали посторонние люди. Хотя она словоохотливая и сообразительная девушка, ее часто одолевают тревоги, беспокойство и страх, связанные с ее депрессивным состоянием.

Нарушение адаптации

Как происходит развитие детей, которые подверглись насилию или были лишены родительской заботы? В главе 1 мы говорили о том, что нормальное развитие осуществляется по предсказуемому и определенному пути. Сначала ребенок овладевает физиологической регуляцией (еда, сон), а затем более сложными навыками, включая коммуникацию и установление отношений со сверстниками. Тем не менее в нетипичных и неблагоприятных обстоятельствах, особенно если над детьми совершается насилие

или если они оказываются лишенными родительской заботы, предсказуемость и определенность исчезают, что приводит к нарушению развития и появлению проблем, связанных с адаптацией.

Детям, страдающим от жестокого обращения, приходится не только сталкиваться с острыми и непредсказуемыми вспышками гнева или раздражения родителей или с их предательством, но и адаптироваться к обстоятельствам окружающей среды, которые создают препятствия в развитии. К таким неблагоприятным обстоятельствам относятся супружеское насилие, разлука с членами семьи, напряженные отношения в семье, отсутствие возможностей для учебы и неупорядоченный образ жизни. Дети, подвергающиеся сексуальному насилию, имеют неадекватные представления о самих себе и окружающем их мире, что приводит к значительным эмоциональным и поведенческим изменениям, свидетельствующим о попытках детей справиться с неблагоприятными обстоятельствами. Поскольку источник стресса и страха сосредоточен в семье, детям, испытывающим жестокое обращение, приходится регулярно искать способы адаптации, чтобы не подвергаться опасности, защищаться и иметь возможность расти.

Жестокое обращение с детьми, как и другие неблагоприятные факторы, например тяжелые травмы, вызывают непредсказуемые последствия. Тяжесть последствий жестокого обращения зависит не только от серьезности и периодичности самих событий, но и от индивидуальных и семейных характеристик. В результате воздействия стресса, без надлежащей поддержки и помощи семьи, маленькие дети, которые могли бы развиваться вполне нормально, могут проявлять признаки значительного регресса (E. A. Carlson et al., 1999; Farber & Egeland, 1987). У таких детей возникают многочисленные проблемы, связанные с эмоциями, задержкой речи, и антисоциальным поведением.

Частично ослабить воздействие жестокого обращения может кто-то из близких людей, к кому ребенок испытывает доверие (Kendall-Tackett et al., 1993; Национальный Совет по исследованиям, 1993). В случаях сексуального насилия над детьми это, как правило, мать (Alessandri & Lewis, 1996). Но близкий человек, к которому ребенок испытывает доверие, может плохо обращаться с ним, хотя зачастую дети этого не осознают. Тем не менее дети не думают о своих родителях как о жестоких людях, чаще они адаптируются, насколько это бывает возможно, к своим собственным переживаниям. Лояльность по отношению к родителям помогает ребенку сохранить связь с ними. Дети уверены, что, несмотря на свою жестокость, родители могут проявлять к ним внимание, заботу и любовь (Wekerle & Wolfe, 1996). Кроме того, смягчить последствия жестокого обращения позволяют в некоторых случаях позитивная самооценка и самосознание ребенка (Cicchetti & Rogosch, 1997).

Даже испытывая недостаток любви и заботы, дети не имеют выбора, поэтому чаще всего они искажают собственные представления о родителях и стараются думать о них позитивно. Им легче адаптиро-

ваться к обстоятельствам, концентрируя внимание на положительных, а не на отрицательных моментах взаимоотношений с родителями, что позволяет детям формировать нормальную самооценку. Эту особенность очень важно учитывать при проведении вмешательства, поскольку отрыв ребенка от семьи может стать дополнительным негативным фактором, вызывающим нежелательные побочные последствия (Melton, 1990).

Последствия нарушений развития

Жестокое обращение задерживает или нарушает основные процессы развития, и прежде всего формирование ранней привязанности и регуляцию эмоций. Это приводит к нарушению саморегуляции и возникновению проблем, связанных с социальным взаимодействием.

Ранняя привязанность и регуляция эмоций. Постоянные или эпизодические случаи насилия над детьми, вызывающие дискомфорт у ребенка, негативно влияют на формирование привязанности и затрудняют саморегуляцию физиологических и эмоциональных процессов. У детей, испытывающих жестокое обращение, чаще, по сравнению с другими детьми, отсутствует стратегия формирования привязанности (Finzi, Cohen, Sapir & Weizman, 2000; Main & Solomon, 1990).

Лишенные комфорта, стимуляции и родительского участия младенцы и маленькие дети, подверженные жестокому обращению, испытывают серьезные трудности в формировании устойчивых связей с близкими людьми. Вместо этого у них возникает так называемая *неустойчиво дезорганизованная привязанность*, для которой характерно сочетание привязанности, избегания, беспомощности, страха и общей дезориентации (Barnett, Ganiban & Cicchetti, 1999). Отсутствие устойчивой привязанности повы-



Маленький Джейсон никогда не расстается с оружием. Схватив свой пластмассовый пистолет и резиновый нож, он говорит своей матери: «Если папа придет, я смогу остановить его» («Жизнь с врагом», фото @ Donna Ferrato)

шает риск отставания в социальном и когнитивном развитии, что приводит к возникновению проблем, связанных с регуляцией эмоций и поведения (Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999).

Привязанность между ребенком и родителями, а также психологический климат в семье оказывают значительное воздействие на регуляцию эмоций и играют особо важную роль в раннем развитии. **Регуляция эмоций (Emotion regulation)** — это способность изменять или контролировать интенсивность импульсов и выражение чувств, особенно сильных, с целью адаптации (Cicchetti, Ganiban & Barnett, 1990). Эмоции необходимы для оценки благоприятных или опасных событий, они позволяют осуществлять внутренний контроль и обеспечивают мотивацию действий.

Эмоции связаны с сигналами внутреннего и внешнего мира, поэтому дети должны знать, как соответствующим образом интерпретировать эмоции и реагировать на них. Большинство детей учатся этому естественным путем, выражая собственные эмоции, и получая необходимую информацию при общении с близкими людьми. Дети, испытывающие жестокое обращение, живут в мире эмоционального смятения и крайностей, что значительно затрудняет регуляцию внутреннего состояния (Shipman, Zeman, Penza & Champion, 2000). Выражение эмоций, например: плач или сильное огорчение, могут вызвать у окружающих неодобрение, избегание или проявление насилия, поэтому дети, испытывающие жестокое обращение, стараются подавлять выражение эмоций и процессы регуляции (Pollak, Cicchetti, Hornung & Reed, 2000). Таким детям не помогают успокаивающие улыбки и уверения близких людей в тех ситуациях, когда столкновение с незнакомым человеком, взрослым или сверстником, вызывает у них сильную эмоциональную реакцию.

По мере взросления, при общении со сверстниками и взрослыми людьми, регуляция эмоций все более и более затрудняется, что приводит к появлению нетипичных и саморазрушительных форм поведения, таких, например, как попытки суицида у Розиты. Со временем эта неспособность регулировать эмоции может вызывать депрессию и страх, либо враждебность, агрессивность и различные формы устойчивых негативных реакций.

Формирование представлений о себе и других людях. По мере взросления саморегуляция эмоций и поведения ребенка, сохраняющего нормальное развитие, становится все менее зависимой от воспитателя и все более автономной (родители часто пользуются расхожим выражением «ужасные два года»). Развитие саморегуляции у малышей теперь зависит от применения усвоенных навыков в новых ситуациях, что еще больше стимулирует процесс формирования представлений о себе и окружающих.

Очень важно, что в течение этого периода у детей появляются комплексные ментальные репрезентации людей, взаимоотношений и мира в целом. Формирование взглядов о себе и своем окружении про-

исходит под влиянием родительского воспитания и контроля, благодаря которым дети начинают проявлять благожелательное отношение к другим людям. Поскольку дети, испытывающие жестокое обращение, лишены поддержки родителей, их эмоциональные и поведенческие проблемы чаще всего возникают как следствие негативной оценки окружающих и негативной самооценки.

Репрезентативные и саморепрезентативные модели имеют очень большое значение, потому что определяют переживания, знания и ожидания, которые дети переносят на новые ситуации. (Cicchetti & Lynch, 1995). Например, вера ребенка в то, что мать всегда придет на помощь, когда в этом будет необходимость, или убежденность в том, что он любим и достоин любви, формирует базовые представления о себе и других людях, связи с окружающим миром и вызывает чувство благополучия (Bretherton, 1990). Детям, испытывавшим насилие, часто недостает таких базовых позитивных представлений о самих себе и окружающем мире (Hartman & Burgess, 1989; Weinfield, Sroufe & Egeland, 2000). Вместо этого под воздействием чувства собственной неполноценности, самообвинений, стыда и озлобленности у них могут формироваться негативные репрезентативные модели, что еще больше ослабляет их способность регулировать свои эмоциональные реакции (M. Lewis, 1992).

Один мужчина, переживший в детстве сексуальное насилие, объясняет свое чувство неполноценности следующим образом: «Я не мог представить, что кто-то меня любит. Я не мог представить, что я кому-то нравлюсь или что кто-то хочет быть со мной. Общаясь с людьми, я не чувствовал себя компетентным даже в тех вопросах, в которых хорошо разбирался» (Lisak, 1994, стр. 542).

Ощущение беспомощности и переживания измены, возникшее в детстве, оказывает решающее воздействие на самооценку (Finkelhor & Browne, 1988). Когда ребенок ощущает свою беспомощность, его воля оказывается парализованной, а вера в собственные силы подорванной, что зачастую приводит к появлению страхов, беспокойства и депрессии. «Мне кажется, что весь мир — это зло, которое хочет поглотить меня, и я почти ничего не могу сделать, чтобы защититься от него», так передает свое мировосприятие мужчина, переживший в детстве насилие (Lisak, 1994, стр. 533).

Вера в себя может быть подорвана физическим насилием, вербальной агрессией или отсутствием родительской заботы, которые обесценивают ребенка как личность. Переживание предательства может также ослаблять веру в себя, подорванную человеком, от которого зависел ребенок. Последствия насилия могут проявиться лишь долгие годы спустя, когда человек достигает возраста, в котором детские переживания трансформируются в самообвинения и ощущение беспомощности (L. M. Williams, 1994).

Ниже мы приводим типичные переживания людей, испытывавших в детстве сексуальное насилие. Они описывают то, как были подорваны их чувства безопасности и уверенности в себе (Sas et al., 1993, стр. 63):

«Я боялся, что отец убьет мою мать, если узнает о том, что мы с матерью рассказали о его насилии другим людям».

«В детстве меня развратил один мужчина. Меня это смущало и очень тревожило, особенно когда я был мальчиком. Я опасался, что люди подумают, будто я голубой, и был уверен, что мои родители мне не поверят».

Эмоциональные реакции, вызванные грубым наказанием или сексуальной эксплуатацией, заставляют ребенка искать ответ на вопрос: «Почему это случилось со мной?» Размышляя об этом, он может брать на себя ответственность и испытывать чувство вины за случившееся. Приведенные цитаты иллюстрируют то, как дети, подвергающиеся сексуальным оскорблениям, чувствуют себя ответственными за неспособность понять причины насилия, не хотят в нем участвовать и опасаются реакции родителей в случае разоблачения. Им не удается избежать насилия или контролировать ситуацию, поэтому они оказываются беззащитными. Вместо того чтобы признать вину за родителями или другими людьми, совершившими насилие, некоторые дети могут приписывать насильнику благие намерения, пытаясь связать возникшие в семье проблемы и разрыв отношений с другими людьми. Возлагая вину на себя или приписывая ее ситуативным факторам, дети оправдывают родителей, придумывая более «приемлемое» объяснение (McGee, Wolfe & Olson, in press). Иллюстрацией этому могут служить самообвинения мужчины, пережившего в детстве насилие: «Мне пришлось искать смысл в том, что происходило. Я пришел к выводу, что я не очень хороший человек. Со мной было что-то не так, и я отличался от других людей» (Lisak, 1994, стр. 541).

Девочки и мальчики, как правило, по-разному переживают насилие и жестокое обращение: девочки испытывают чувство вины и стыд (Alessandri & Lewis, 1996; Hazzard, Celano, Gould, Lawry & Webb, 1995; D. A. Wolfe, Sas & Wekerle, 1994); мальчики чаще проявляют повышенную вербальную и физическую агрессивность (S. J. Kaplan, Pelkovitz & Labruna, 1999; Scerbo & Kolko, 1995).

Проблемы школьной адаптации и взаимодействия со сверстниками. Неудивительно, что общаясь со сверстниками и учителями, дети, подвергающиеся жестокому обращению, реализуют те модели поведения, которые отражают наиболее значимые для них принципы взаимоотношений (Cicchetti & Lynch, 1995). При взаимодействии со сверстниками они не проявляют самостоятельности и самоуважения, а склонны попеременно играть роли агрессора и жертвы (Dodge, Pettit & Bates, 1994a). Их стратегия адаптации, связанная с чрезмерной бдительностью и страхом, обуславливает высокую реактивность в случае угрозы или опасности. Подобные

стратегии, однако, противоречат школьным требованиям и вызывают проблемы при взаимодействии со сверстниками. В результате некоторые дети, испытывающие жестокое обращение, особенно те, которые оказались лишены родительской заботы или подверглись насилию, концентрируют внимание на агрессивных стимулах и неправильно интерпретируют намерения своих сверстников и учителей, как более враждебные, чем они являются в действительности (Dodge et al., 1994a).

Развитие навыков распознавания чужих эмоций в дошкольный период (так называемая социальная чувствительность) — необходимое условие для налаживания хороших взаимоотношений со сверстниками. Дети, подвергающиеся физическому насилию и лишённые родительской заботы, плохо распознают дистресс у других людей и неадекватно на него реагируют, поскольку не имеют опыта сопереживания (Smetana et al., 1999). Вот как 2-летний мальчик, перенесший физическое насилие со стороны родителей, отреагировал на плачущего ребенка:

Увидев плачущую девочку, мальчик отвернулся от нее и, глядя в землю, стал восклицать с нарастающей громкостью: «Брось! Брось! Брось!» Затем он начал похлопывать девочку по спине, но когда это похлопывание стало ее беспокоить, отошел в сторону, нашептывая что-то и скаля зубы. Чуть переждав, мальчик снова принялся хлопать плачущего ребенка по спине, но на этот раз его похлопывание превратилось в битье. Он продолжал бить маленькую девочку, несмотря на ее крики (Main & Goldwyn, 1984, стр. 207).

Годовалый Томас, подвергшийся насилию, проявляет признаки чрезмерного страха, когда он слышит, как где-то поблизости плачет ребенок:

Внезапно Томас вздрогнул и испугался. Улыбка застыла на его лице, спина выпрямилась, а рука неподвижно замерла в воздухе. Раздававшийся неподалеку детский плач словно бы заколдовал его и превратил в статую. Вскоре плач затих, и Томас как будто ожил. Он что-то забормотал себе под нос и вновь принялся играть в песочнице (Main & George, 1985, стр. 410).

Эти цитаты иллюстрируют недостаточную социальную чувствительность и неадекватную, возникающую по модели «жертва—палач» реакцию на дистресс у сверстников. Как показано на рис. 14.2, дети, не подвергавшиеся насилию, в процессе исследований проявляли сочувствие и пытались утешить сверстника, находящегося в состоянии дистресса. Но ни один из детей, испытывающих жестокое обращение, не проявил сочувствия к плачущему ребенку. Более того, дистресс у сверстника вызывал у таких детей во многих случаях страх, физическую

агрессию и озлобленность. Нетрудно заметить, что подобные реакции связаны с негативным опытом детей, испытывающих жестокое обращение.

При взаимодействии со сверстниками у детей, испытывающих жестокое обращение, наблюдаются два типа поведенческих паттернов (Cicchetti & Lynch, 1995). Во-первых, для таких детей характерна физическая и вербальная агрессивность по отношению к своим сверстникам (S. J. Kaplan et al., 1999; R. S. Feldman et al., 1995). Дружеские проявления сверстников или признаки дистресса у других детей часто вызывают у них агрессивные и озлобленные реакции (Shields & Cicchetti, 1998). Понятно, что такие дети менее популярны, их социальные отношения нетипичны и отмечены агрессивностью и склонностью концентрировать внимание на негативных аспектах действительности; следует отметить, что эти качества со временем усиливаются (Haskett & Kistner, 1991). Дети, подвергшиеся насилию и лишённые родительской заботы, имеют тенденцию приписывать другим людям враждебные намерения. Кроме того, они испытывают недостаток навыков распознавания чужих эмоций и навыков социального взаимодействия. Неудивительно, что такие дети отвергаются сверстниками.

Второй тип поведенческих паттернов выражается в том, что испытывающие жестокое обращение дети, особенно те из них, которые лишены родительской заботы, отвергают взаимоотношения со сверстниками или избегают их (Dodge et al., 1994; Hoffman-Plotkin & Twentymann, 1984). Лишённые родительской заботы дети дошкольного и школьного возраста, как правило, остаются в изоляции и пассивно ведут себя, когда у них возникает возможность поиграть с другими детьми (Crittenden, 1992). Они редко открыто проявляют чувства или затевают игру со своими матерями или сверстниками (Haskett & Kistner, 1991; Milan & Pinderhughes, 2000).

У детей, лишённых родительской заботы, возникает много серьезных проблем в школе. Они хуже выполняют задания по чтению, языку и математике, по сравнению с детьми, страдающими от других типов жестокого обращения (Eckenrode, Laird & Doris, 1993; Kurtz, Gaudin, Wodarski & Howing, 1993). Учителя, не знающие, в какой среде они воспитывались, отзываются о них, как о детях, которым недостает зрелости и академических навыков. Кроме того, описания учителей свидетельствуют о том, что у них возникают проблемы с выполнением школьных заданий; для них также характерны отсутствие инициативы, слишком сильная зависимость от помощи учителей, агрессивность по отношению к сверстникам и нежелание общаться с ними (Erikson et al., 1989) Низкий уровень адаптации может сохраняться, что приводит к повышенному риску появления личностных расстройств в возрасте 20–25 лет (J. J. Johnson, Smailes, Cohen, Brown & Bernstein, 2000).

Дети, подвергшиеся сексуальному насилию, также испытывают проблемы школьной адаптации и

взаимодействия со сверстниками, хотя данные проблемы могут иметь различные формы проявления. Учителя, не подозревающие о том, что произошло с этими детьми, описывают их как более тревожных, невнимательных, непопулярных и сохраняющих меньше независимости и самоконтроля при выполнении школьной работы по сравнению с другими учениками (Erikson et al., 1989). Дети, испытавшие сексуальное насилие, плохо справляются с выполнением школьных заданий и не могут сосредоточиться на них, они начинают часто прогуливать школу, учителя считают их застенчивыми и тревожными (Trickett, McBride-Chang & Putnam, 1994).

Психопатология и последствия, возникающие в зрелом возрасте

*Тело довольно быстро поправляется.
Израненная душа излечивается
дольше всего.*

*Из высказываний взрослого
человека, пережившего в детстве
сексуальное насилие*

Нарушения и ухудшения в развитии, возникающие в результате насилия и отсутствия родительской заботы, значительно увеличивают вероятность низкого уровня адаптации и появления различных проблем в будущем. Как мы уже выяснили, не у всех

детей, испытывающих жестокое обращение и сталкивающихся с трудностями в развитии, появляются патологические изменения в психике, и далеко не всегда патологические изменения в психике соответствуют определенным типам жестокого обращения, однако такие дети подвержены повышенному риску эмоциональных расстройств и появлению проблем, связанных с адаптацией (Cicchetti, Toth & Maughan, 2000).

Подростки и взрослые, страдавшие в детстве от физического насилия, часто сами становятся агрессивными или совершают насилие (Malinosky-Rummell & Hansen, 1993). Такая взаимосвязь нашла отражение в **гипотезе цикла насилия**, предполагающей, что жертвы насилия становятся его виновниками (Widom, 1989b).

У детей, испытавших сексуальное насилие, часто возникает низкая самооценка и негативная я-концепция, для них характерно ухудшение эмоциональной и поведенческой саморегуляции, что может приводить к посттравматическому стрессовому расстройству, депрессии или вызывать диссоциативные состояния* (Putnam & Trickett, 1993). Со временем нарушения развития, возникшие у детей, испыты-

*Диссоциация — бессознательный процесс, разделяющий непрерывный поток мышления на независимые составляющие, что ведет к нарушению обычных взаимосвязей. — *Примеч. ред.*

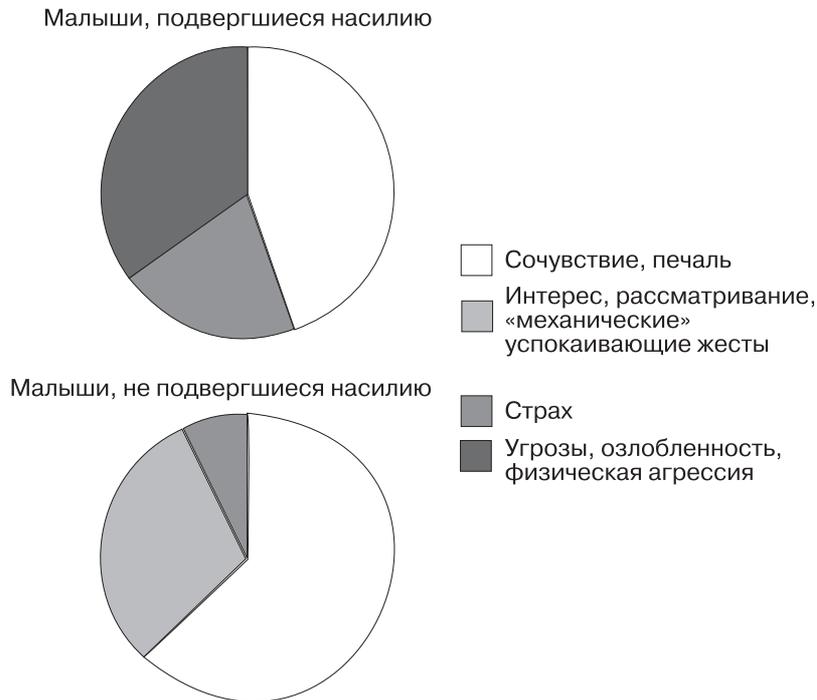


Рис. 14.2. Реакции малышей в детском саду на дистресс, возникающий у сверстников (Main & George, 1985).

вавших жестокое обращение, могут вызывать глубокие хронические психические расстройства, в том числе тревожные и панические расстройства, депрессии, расстройства, связанные с приемом пищи, сексуальные проблемы и расстройства личности (J. Brown, Cohen, Johnson & Smailes, 1999; Flisher et al., 1997; Kendler et al., 2000).

Последствия, вызванные жестоким обращением с детьми, можно разделить на четыре группы, каждую из которых мы рассмотрим отдельно: нарушения настроения и эмоциональных реакций; проблемы, связанные с посттравматическим стрессом; нарушения сексуальной адаптации; криминальное и анти-социальное поведение. Там, где это будет уместно, мы отметим сходства и различия между этими группами последствий, каждая из которых соответствует отдельным типам жестокого обращения.

Нарушения настроения и эмоциональных реакций. Ниже приводится комментарий взрослого, пережившего сексуальное насилие:

Я верил ему, поэтому, наверное, меня смутило то, что он делал со мной. Повзрослев, я уже испытывал не столько смущение, сколько страх. Я действительно боялся. Я действительно не хотел, чтобы он подходил ко мне близко. Я пытался избегать этих ситуаций и притворялся, что сплю, чтобы он не заходил в комнату, но это не помогало. Я чувствовал себя беспомощным и в конце концов впал в отчаяние (Suzuki, 1994).

Некоторые говорят, что жестокое обращение калечит душу каждого ребенка, оставляя в его памяти неизгладимый след. Вероятно, именно поэтому симптомы депрессии, эмоционального дистресса и мысли о самоубийстве чаще всего встречаются у детей, ставших жертвами физического, эмоционального и сексуального насилия (Koverola, Roud, Neher & Lytle, 1993). Однако этих последствий можно иногда избежать, если детям помогают члены семьи, не совершающие насилие, либо им предоставляется социальная поддержка и возможности для нормального развития (Spacarelli & Fuchs, 1997).

Если симптомы депрессии и нарушения настроения остаются незамеченными, они чаще всего усиливаются в конце подросткового возраста и в зрелости, особенно у тех, кто перенес в детстве сексуальное и физическое насилие (Brown et al., 1999; Kolko, 1992). Более того, депрессия и нарушения настроения могут привести к угрожающим жизни попыткам суицида и саморазрушающему поведению (S. J. Kaplan, Pelkowitz, Salzinger, Mandel & Weiner, 1997).

Аналогично этому, тинейджеры, страдавшие от жестокого обращения, подвержены высокому риску злоупотребления наркотиками (Kilpatrick et al., 2000), что, в свою очередь, может вызывать проблемы, связанные с адаптацией. Испытывая постоянную эмоциональную боль, некоторые тинейджеры и

взрослые пытаются справиться с неприятными воспоминаниями, злоупотребляя алкоголем и наркотиками, в бесполезной попытке временно ослабить дистресс или избавиться от него. Злоупотребление наркотиками может лишь ненадолго повысить их самооценку и ослабить чувство изоляции (Bensley, Eenywyk & Simmons, 2000; Kendler et al., 2000).

Проблемы, связанные с посттравматическим синдромом

Целия: Я не знала, что это называется насилием

«В конце концов я перестала испытывать физические ощущения — я не чувствовала боли, и у меня не возникало никаких эмоций. Тогда, в пять лет, я не знала, что это называется насилием. У нас в доме висели обои, на которых изображались балерины. Улыбаясь, они застыли в бесконечном танце. Мне запрещали дотрагиваться до них. И вот, чтобы не чувствовать боли, я представляла себя такой балериной. Мне казалось, что если я превращусь в одну из танцующих девушек, нарисованных на обоях, до меня тоже нельзя будет дотрагиваться, и я ничего не почувствую, потому что я — просто изображение на стене» (Suzuki, 1994).

Многие мужчины и женщины, подвергшиеся в детстве серьезному физическому или сексуальному насилию, в зрелом возрасте страдают от длительных, связанных со стрессом расстройств. Об этих расстройствах мы уже говорили в главе 7. Их преследуют деструктивные мысли или они чувствуют, как и Розита, что попали в ловушку, либо, как Целия, испытывают отчуждение и становятся бесчувственными, как в детстве, когда они стремились избежать боли и страха.

Как мы отмечали в главе 13, насилие, испытанное ребенком, позже может вызвать у него расстройство приема пищи, например анорексию или булимию.

От 25 до 50% детей и подростков, перенесших жестокое обращение, в том числе сексуальное насилие отдельно или в сочетании с физическим насилием, проявляют симптомы посттравматического стрессового расстройства (McCloskey & Walker, 2000; D. A. Wolfe et al., 1994). Распространенность такого расстройства среди взрослых вызывает тревогу: около трети людей, в детстве перенесших сексуальное насилие, физическое насилие или лишения родительской заботы, в дальнейшем в течение всей жизни страдают от посттравматического стрессового расстройства (Widom, 1999).

Это расстройство может возникнуть в детстве, когда у ребенка появляется специфический страх перед насилием, который выражается в том, что ребенок боится оставаться один или опасается мужчин, ребенок может испытывать идиосинкратический страх перед определенным событием, связанным с насилием

ем, например боится ложиться спать (Terr, 1991; V. V. Wolfe, Gentile & Wolfe, 1989). Симптомы посттравматического стрессового расстройства возникают чаще в тех случаях, когда насилие, совершившееся над ребенком, носило хронический характер, либо преступник применял принуждения или ухищрения, чтобы заставить жертву подчиниться (Rodriguez, Ryan, Vande-Kemp & Foy, 1997; D. A. Wolfe et al., 1994).

Эмоциональная и физическая боль, появляющаяся после перенесенного насилия, может вызывать у ребенка измененное состояние сознания, известное как **диссоциация (dissociation)**. Это адаптивное состояние, которое может возникать, когда ребенок не имеет возможности сопротивляться или избежать опасности. (Herman, 1992). В таком состоянии жертва чувствует оторванность от тела или от собственного «я», и человеку кажется, что все происходящее в данный момент случается не наяву и не с ним. Почти все люди испытывают незначительные диссоциации, когда, например, фантазируют или мечтают. Однако жертвы насилия настолько часто используют эту форму психологического побега от действительности, что разрушают структуры памяти и свое собственное «я». Со временем переживание таких эпизодов и эмоциональных состояний может усиливаться, приводя к пограничному расстройству личности либо к другим личностным расстройствам (Briere & Runtz, 1991; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson & Egeland, 1997).

Сексуальное насилие над детьми вызывает у них чрезвычайно сильный стресс, что может приводить к изменениям развития мозга и его структур. Такие структурные нарушения могут быть связаны с некоторыми из симптомов психологической травмы. (Glaser, 2000). После прилива гормонов в мозг до и после стрессового эпизода у ребенка происходят изменения в гиппокампе (это часть мозга, отвечающая за оперативную память и, вероятно, за кодирование и восстановление информации в долгосрочной памяти). Гиппокамп особенно чувствителен к высокому уровню кортизола* который сохраняется в течение нескольких часов или дней после стресса. Низкий уровень кортизола связан с отсутствием эмоций, а резкие повышения уровня кортизола совпадают с моментами мучительных воспоминаний (Heim et al., 2000). После длительного стресса уровень кортизола снижается, и системы обратной связи, контролирующие уровни гормонов в мозге, перестают функционировать. Стресс воздействует на мозг за счет повышения уровня кортизола в крови; мозг, в свою очередь, изменяет порог (активности), на котором начинает вырабатываться кортизол, так что в конце концов кортизол начинает вырабатываться при незначительном повышении активности мозга. Нейроэндокринная система становится очень чувствительной к стрессу, такие же симптомы проявляются и у людей, перенесших посттравматическое стрессовое рас-

*Кортизол (Hydrocortisone) — стероидный гормон, секретируемый корой надпочечников; самый сильнодействующий из природных глюкокортикоидов. — *Примеч. ред.*

стройство (De Bellis, Burke, Trickett & Putnam, 1996; De Bellis, Keshavan, Spencer & Hall, 2000).

Сексуальная адаптация. Сексуальное насилие может привести к **травматической сексуализации (traumatic sexualization)**, когда сексуальный опыт детей не соответствует уровню развития, а их поведение становится неприемлемым. Около 35% дошкольников, подвергшихся сексуальному насилию, проявляют признаки повышенной сексуальности, они целуются с открытым ртом, мастурбируют у всех на виду или обнажают свои гениталии (Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg & Gaines, 1995; Friedrich, Jaworski, Huxsahl & Bengston, 1997). Эти признаки травматической сексуализации чаще возникают после ситуаций, когда взрослый провоцировал ребенка заниматься сексом, либо ребенка обманом или силой вынудили участвовать в половом акте (Finkelhor & Browne, 1988).

Перенесенное насилие или ситуации, в которых преступник с помощью подарков, ласки и особого внимания вынуждал детей заниматься сексом, научили детей тому, что сексуальное поведение — средство к достижению цели. Поэтому такие дети открыто проявляют сексуальность в межличностных отношениях, они могут беспорядочно обнимать и целовать незнакомых взрослых и детей. Подобное поведение нетипично для детей, не подвергавшихся сексуальному насилию (Cosentino et al., 1995). У некоторых детей, перенесших насилие, секс начинает ассоциироваться с сильными эмоциями, такими как страх, отвращение, стыд и смятение. Эти ощущения переходят в искаженные представления о теле и сексуальности, и в некоторых случаях у ребенка в дальнейшем возникают проблемы с весом, расстройства приема пищи, ребенок, взрослея, перестает заботиться о своем физическом здоровье и ведет физически деструктивный образ жизни (Springs & Friedrich, 1992).

Хотя сексуализированное поведение больше распространено среди маленьких детей, подвергшихся насилию, оно иногда вновь проявляется в подростковом возрасте в форме половой распущенности и проституции, сексуальной агрессии и издевательств над другими людьми (Beitchman et al., 1992; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). Любые виды насилия над мальчиками являются значительными факторами риска неприемлемого сексуального поведения отчуждения и социальной некомпетентности в подростковом возрасте (Haviland, Sonne & Woods, 1995; D. A. Wolfe, Scott, Wekerle & Pittman, 2001). У женщин, подвергшихся в детстве сексуальному насилию, очень часто возникают трудности, связанные с сексуальной адаптацией, они редко достигают сексуального возбуждения, часто внезапно вспоминают о своем детстве, испытывают тревогу, чувство вины и низко оценивают себя и свою сексуальность (J. L. Davis & Petretic-Jackson, 2000; Meston & Heiman, 2000).

У детей, подвергшихся сексуальному насилию, нарушено нормальное развитие самосознания, они испытывают недостаток навыков и самозащиты. Позднее, они неадекватно оценивают рискованные

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 14.1 Каковы долгосрочные последствия жестокого обращения с детьми?

Этот вопрос можно задать профессиональным психологам, обществу, терапевтам, работникам образования, юристам, разбирающим уголовные дела. На него попыталась ответить Кэти Уидэм (1989a, 1989b; 1996). Используя данные уголовных судов, она рассмотрела биографии более 900 детей, лишенных родительской заботы либо ставших жертвами физического или сексуального насилия в возрасте до 12 лет. Для сравнения была взята контрольная группа детей, не подвергавшихся жестокому обращению. За обеими группами наблюдали в подростковом возрасте и ранней зрелости, чтобы определить статистику преступности и делинквентного поведения.

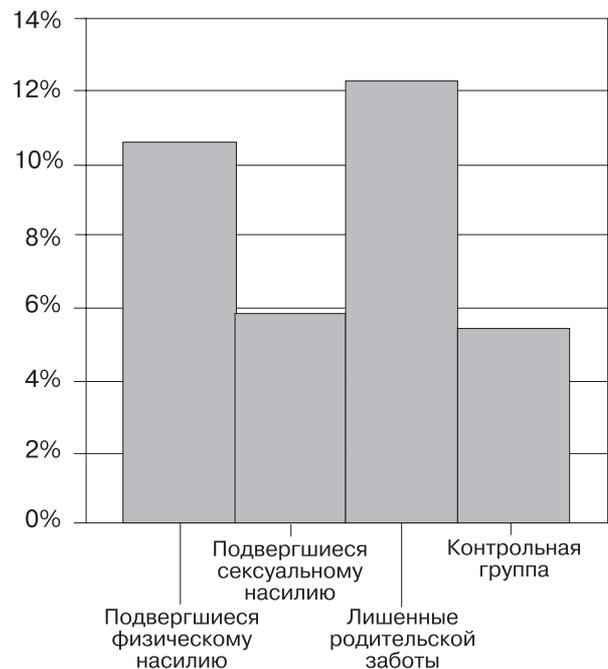
В процессе наблюдения были получены следующие результаты: из людей, переживших любой тип жестокого обращения в детстве (физическое насилие, сексуальное насилие или лишенных родительской заботы), 27% арестовывались в подростковом возрасте, в сравнении с 17% сверстников, не подвергавшихся жестокому обращению. Схожий паттерн сохранялся и в зрелом возрасте: 42% людей, подвергшихся насилию в детстве или лишенных родительской заботы, арестовывались в зрелом возрасте (по сравнению с 33% преступников из контрольной группы). В подтверждение гипотезы цикла насилия люди, подвергавшиеся физическому насилию в детстве (21%), лишенные родительской заботы (20%), либо испытывавшие и то, и другое (16%) чаще арестовывались за жестокое преступление (Maxfield & Widom, 1996).

Вызывает тревогу то, что женщины, испытывавшие в детстве насилие и лишенные родительской заботы, чаще, чем женщины из контрольной группы, арестовывались за совершение актов насилия (7 и 4% соответственно), а у мужчин это расхождение было несущественным (26% и 22% соответственно). Нужно отметить, что подростки и взрослые, пережившие в детстве сексуальное насилие, совершали не больше правонарушений, чем подростки и взрослые, испытывавшие в детстве другие виды жестокого обращения.

Кроме того, исследование пыталось ответить на вопрос, действительно ли люди, испытывавшие сексуальное насилие в детстве, чаще совершали сексуальные преступления, как мы могли бы предположить, на основании общих данных о сексуальных преступниках? Если рассматривать вместе все виды жестокого обращения с детьми, то вероятность ареста за сексуальное преступление будет в 2 раза выше для людей, с которыми жестоко обращались в детстве, чем для тех, кто не стал

жертвой жестокого обращения. Тем не менее, когда преступников разделяли по типу насилия, перенесенного в детстве, только люди, подвергшиеся физическому насилию и лишенные родительской заботы, совершали больше сексуальных преступлений; люди, подвергшиеся сексуальному насилию, совершали сексуальные преступления не чаще других (эти пропорции сохранялись даже тогда, когда для сравнения брались только мужчины). Подвергшиеся в детстве сексуальному насилию, арестовывались за сексуальные преступления не чаще, чем испытуемые из контрольной группы; кроме того, они реже совершали этот тип преступления, чем жертвы физического насилия и те, кто был лишен родительской заботы (смотри приведенные ниже цифры).

Итак, хотя любой тип жестокого обращения с ребенком может привести к преступлению в подростковом и зрелом возрасте, люди, подвергшиеся в детстве сексуальному насилию, реже совершают сексуальные преступления, чем жертвы физического насилия или люди, лишенные родительской заботы, и не чаще, чем их совершают люди со схожими демографическими характеристиками.



ситуации и связи, не знают, как реагировать на нежелательное сексуальное заигрывание или внимание к их телу. Поэтому такие люди в зрелом возрасте могут с большой долей вероятности оказаться жертвой изнасилования или насилия в семье (Kendall-Tackett et al., 1993; Tyler, Hoyt & Whitbeck, 2000).

Преступное и антисоциальное поведение. Действительно ли жестокое обращение порождает насилие, как описывает гипотеза, о которой мы говорили выше? Хотя многие люди, осужденные за отвратительные преступления и жестокое обращение с детьми, зачастую сами в детстве подвергались насилию или были лишены родительской заботы, большинство изнасилованных детей не вырастает преступниками и не совершает преступлений. Как мы можем объяснить эту сложную, но все же очевидную взаимосвязь между жертвой и преступником?

Давайте обратимся к подростковому возрасту и посмотрим, какое значение он имеет для развития и формирования человека. Эта стадия играет решающую роль в процессе превращения жертвы насилия и жестокого обращения в детстве в насильника или, наоборот, жертву насилия в зрелом возрасте (D. A. Wolfe, Wekerle & Scott, 1997). Встречи с друзьями и подругами — излюбленное времяпрепровождение подростков, когда они могут проверить на практике свои знания и ожидания, связанные с социальным взаимодействием, и разыграть усвоенные роли. У подростков, выросших в обстановке семейного насилия и устрашения, не усвоивших альтернативные ролевые модели поведения, при взаимодействии часто возникают неприемлемые ожидания относительно своих сверстников. Действительно, подростки (как девочки, так и мальчики), испытывавшие дома жестокое обращение, — в особенности те, кто подвергался словесным оскорблениям и угрозам, — проявляют больше насилия в отношении своих партнеров и чаще оказываются жертвами насилия (D. A. Wolfe, Wekerle, Reitzel-Jaffe & Lefebvre, 1998; D. A. Wolfe et al., 2001). Жестокое обращение в семье в сочетании с насилием над сверстниками позволяет с большой долей вероятности прогнозировать проявление насилия в зрелом возрасте по отношению к интимному партнеру или супругу (O'Leary, Malone & Tyree, 1994). Итак, подростковый возраст — это промежуточная или начальная стадия в формировании динамики насилия в интимных взаимоотношениях.

Как мы говорили, многие дети, испытывавшие жестокое обращение, не становятся преступниками. Однако между насилием в детстве и последующим арестом подростка или взрослого наблюдается сильная взаимосвязь (Widom, 1989a). Такая же взаимосвязь наблюдается между насилием, пережитым в детстве, и участием в сексуальном и физическом насилии в возрасте 20–25 лет, особенно ярко эта зависимость проявляется среди мужчин (Feldman, 1997). Жестокое обращение в детстве ведет к ранним и частым правонарушениям, среди хронических правонарушителей тоже высок процент людей, подвергшихся насилию или жестокому обращению в

детстве (Widom, 1989b). Во врезке 14.1 описывается исследование, в котором изучается взаимосвязь между насилием, пережитым в детстве, и совершением преступлений в зрелом возрасте.

Хотя большинство детей — жертв жестокого обращения сами в зрелости не совершают насилия, однако у 30% из них наблюдается паттерн жестокого поведения в подростковом возрасте и зрелости. (J. L. Kaufman & Zigler, 1989). Авторитарные и силовые методы воспитания, применяемые к ребенку (даже те, которые не приводят к физическим повреждениям и жестокости), негативно влияют на его социализацию и взаимоотношения с другими людьми. Даже обычная грубость взрослого, когда ребенок часто ударяют предметами или применяют физические наказания, зачастую приводит к делинквентному поведению в подростковом и зрелом возрасте (Straus & Donnelly, 1994).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Жестокое обращение с ребенком нарушает нормальный процесс развития; поэтому дети, перенесшие жестокое обращение, сталкиваются с самыми различными психологическими проблемами в дальнейшем.
- Позитивные взаимоотношения хотя бы с одним авторитетным взрослым человеком, который оказывает ребенку поддержку, могут отчасти ослабить негативное воздействие жестокого обращения.
- Жестокое обращение с ребенком в раннем детстве может нарушить привязанность между младенцем и человеком, ухаживающим за ним. Жестокое обращение вызывает дискомфорт у ребенка и тормозит развитие навыков регуляции эмоций и поведения.
- Регуляция эмоций — это способность модулировать или контролировать интенсивность и экспрессию чувств и импульсов.
- Дети, подвергающиеся жестокому обращению, с раннего возраста проявляют недостаточную чуткость по отношению к другим, у них возникают проблемы, связанные с эмпатией, межличностным доверием и настроением.
- Ухудшения когнитивного и нравственного развития часто приводят к проблемам, связанным с социальной адаптацией, коммуникацией, школьной успеваемостью, самоконтролем и агрессивным отношением к сверстникам.
- Жестокое обращение с детьми может привести к серьезным негативным последствиям, сохраняющимся в зрелом возрасте; оно может стать причиной расстройства настроения, посттравматического стрессового расстройства, стать источником проблем сексуальной адаптации и привести к преступному и антисоциальному поведению.

ПРИЧИНЫ

Мой отец боялся матери. Я опасался отца, и вскоре, наверное, увижу, что и мои дети испытывают страх передо мной.

Джордж V (1865–1936)

Почему в некоторых семьях возникают конфликты, члены семьи страдают, и между ними нет поддержки и гармонии? Поскольку простого ответа на этот вопрос не существует, нам нужно одновременно учитывать теоретические предположения, результаты клинических наблюдений и эмпирические данные. Важно отметить тот факт, что физическое насилие и отсутствие родительской заботы являются **расстройствами отношений (relational disorders)**. (Cicchetti et al., 1988). Эти формы жестокого обращения возникают чаще всего в периоды стрессового ролевого перехода у родителей, например в период послеродовой привязанности, в раннем детстве и в раннем отрочестве, когда возникает стремление к независимости, а также в периоды нестабильности и разрушения семейных отношений (Milner & Dorke, 1997). Основные признаки жестокого обращения с детьми выражаются в том, что родители или опекуны не занимаются воспитанием ребенка, не проявляют чуткости, не общаются с ним и не поддерживают ребенка в критические моменты.

Несмотря на то что главным виновником жестокого обращения с ребенком является взрослый человек, насилие и отсутствие родительской заботы редко возникают в результате воздействия какого-либо единственного фактора риска. Кроме того, даже при наличии существенных признаков риска очень трудно спрогнозировать, кто из взрослых будет совершать насилие, а кто не прибегнет к нему. Акт жестокого обращения с ребенком — это дискретное событие, а не проявление общего расстройства, следовательно, необходимо учитывать многочисленные причины, которые непредсказуемо взаимодействуют между собой. Подобно торнадо, зарождающемуся на открытых участках местности при необходимой силе ветра и атмосферного давления, жестокое обращение может возникнуть в любой семье, где существуют «необходимые» условия. Эти причинные условия появляются при взаимодействии индивидуальных, семейных и культурных факторов, но невозможно с точностью предсказать, где и когда это взаимодействие вызовет вспышку насилия (Cicchetti, Toth & Maughan, 2000; Sparacelli, 1994).

Стресс — явление человеческой природы и психики, и он преобразует статические условия в динамические, случайно взаимодействующие факторы. Например, случаи физического насилия и отсутствия родительской заботы возникают чаще всего в контексте социальной и экономической семейной депривации, когда предрасположенные к насилию родители становятся жестокими и невнимательными к своему ребенку. Чем выше уровень стресса в социальном окружении жестокого отца или матери, тем больше ве-

роятность того, что насилие возникнет как попытка сохранить контроль или справиться с раздражающими, стрессовыми событиями. В случае отсутствия заботы стресс может быть так велик, что родители уходят от обязанностей по воспитанию ребенка.

Культурные нормы, семейные отношения и динамические стрессовые факторы определяют вероятность возникновения сексуального насилия. Тем не менее, в отличие от случаев физического насилия и отсутствия родительской заботы, сексуальное насилие — это чаще всего спланированный акт, в котором взрослый совершает намеренные целенаправленные действия. Такой человек тщательно продумывает, как преодолеть естественное сопротивление ребенка и разрушить его самозащиту, сохранив при этом контроль над ситуацией, чтобы избежать разоблачения. В следующих разделах мы обратимся к этим важным причинным факторам, когда будем обсуждать психологические, социальные и культурные характеристики.

Жестокое обращение с детьми редко бывает следствием психопатологии взрослого (D. A. Wolfe, 1985). Менее 10% родителей, жестоко обращающихся с детьми, страдают от психических заболеваний, таких как параноидная шизофрения или синдром Мюнхгаузена* (см. врезку 14.2), которые могли вынудить их причинить ребенку вред. Тем не менее именно у таких родителей часто обнаруживается дефицит интеллектуальных навыков, нарушение способности к обучению или расстройства личности, мешающие им успешно справляться с воспитанием ребенка и возникающими стрессами (Совет по национальным исследованиям, 1993).

Преступники, совершающие сексуальное насилие над ребенком, часто страдают от некоторых личностных расстройств, в том числе связанных с незрелостью и недостаточной межличностной адаптацией (Falkenhain, Duckro, Hughes, Rossetti & Gfeller, 1999). Однако такие преступники не формируют гомогенный паттерн (L. M. Williams & Finkelhor, 1990). Мы раскроем всю сложную картину этого явления, если рассмотрим психологические факторы, обуславливающие такое поведение взрослых по отношению к детям.

Физическое насилие и отсутствие родительской заботы

Бренда: Несчастливое детство — несчастливое материнство

Мать Мильтона Бренда подвергалась в детстве грубым наказаниям и физическому наси-

*Синдром Мюнхгаузена — постоянная клинически убедительная симуляция заболеваний с целью привлечения к себе внимания медиков. Иногда это состояние диагностируется как сверхценная ипохондрия. В данном контексте привлечение внимания медиков может осуществляться за счет совершения насилия над ребенком и нанесения ему телесных повреждений. — *Примеч. ред.*

лию. «Мой отец был алкоголиком. Напившись, он начал бросаться на меня, моего старшего брата и мою маму, — рассказывает Бренда. — Не желая больше терпеть побои, я ушла из дома, когда мне исполнилось 15. Я жила с друзьями, пока не подросла и не смогла зарабатывать на жизнь; затем я встретила с отцом Мильтона. Сначала он был добр ко мне, но это продолжалось недолго — он начал меня бить, точно так же, как делал это мой отец». Временами Бренда успокаивалась и становилась печальной, но, вспоминая о сыне, выражала недовольство им. В ее глазах вспыхивала враждебность, а в голосе звучали раздражение и неприязнь.

Таким родителям, как Бренда, трудно воспитывать детей, потому что они испытывают при этом отвращение. Это чувство может вызывать неожиданные вспышки насилия. В некоторых случаях родители начинают избегать детей и перестают заботиться о них. Родители, не имеющие соответствующих знаний и собственного позитивного опыта воспитания в условиях сильного стресса могут просто не задумываться о том, как справиться с ситуацией. Вместо этого они поддаются минутному раздражению — взрываются и реагируют на поведение ребенка эмоционально и необдуманно.

История Бренды и ее ситуация являются типичными. Ее собственные детские переживания оказывают негативное воздействие на воспитание сына. Многие родители, склонные к насилию и не заботящиеся о детях, были лишены возможности усвоить в детстве позитивные модели родительского поведения и поддержки. Их собственное детство часто было очень трудным, порой даже травматичным, дома царил грубость и насилие, родители злоупотребляли алкоголем, а вся семья страдала от частых переездов, безработицы и бедности (D. A. Wolfe, 1985). Повзрослев, они становятся раздражительными, испытывают постоянные стрессы и предпочитают избегать возможных источников поддержки, потому что для установления социальных взаимоотношений нужны энергия и навыки, которыми они не обладают. Хронические физические недомогания и постоянное чувство неудовлетворенности — их самые распространенные жалобы, вполне понятные, учитывая их обстоятельства и ограниченные возможности справиться с ними.

Личностные характеристики взрослых. Эпизоды жестокого обращения с детьми не возникают случайно, но они, как правило, не являются заранее спланированными и преднамеренными актами. Иллюстрацией этому служит признание женщины, которая проявляла жестокость к своим детям:

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

Врезка 14.2

Синдром Мюнхгаузена у родителей смертельно опасен для их детей

В течение 22 месяцев госпитализации английские врачи безуспешно пытались поставить диагноз ребенку, у которого было затруднено дыхание. Работники больницы спрятали видеочкамеру в палате, где находились ребенок с матерью, а полицейский и медсестра вдвоем следили за происходящим.

Через 16 часов после установления видеочкамеры ребенок заснул в своей кроватке, рядом с ним осталась только мать. Она отодвинула стул от кроватки и наклонилась над ней. Затем она положила футболку рядом с лицом ребенка. Пять минут спустя она закрыла футболкой нос и рот младенца, и вдавила его голову в матрас. Ребенок сразу же проснулся и стал сильно брыкаться. Спустя десять секунд полицейский вызвал медсестер, которые вошли в спальню... В этом первом эпизоде офицер полиции вмешался преждевременно, поскольку был потрясен увиденным, и в соответствии с уголовным правом было невозможно предъявить обвинение. Наблюдение продолжилось. Через двадцать минут, когда ребенок спал на боку, и его мать снова осталась одна в палате, она положила его на спину лицом вверх и подоткнула его руки под одеяло. Десять минут спустя она снова положила футболку ему на нос и рот и вдавила его голову в матрас. Ребенок задергался и забрыкался. Через сорок две секунды полицейские вызвали работников больницы и вошли в палату... Мать заявила, что ребенок проснулся с плачем, и она пыталась его успокоить (Schreier & Libow, 1993, стр. 40).

Мюнхгаузен — это имя солдата-наемника, жившего в XVIII веке. Он прославился своими военными рассказами, которые на поверку оказывались чистой выдумкой. Проявление синдрома Мюнхгаузена характерно для взрослых людей, которые намеренно симулируют какое-либо заболевание. В некоторых случаях родители могут симулировать заболевание у ребенка, совершая над ним насилие. Это угрожает его жизни или приводит к тому, что ребенок подвергается болезненным и бесчисленным процедурам медицинского обследования. Чаще всего это расстройство характерно для матери ребенка, хотя отец может быть пассивным соучастником либо не знать о подлинных причинах происходящего, или вовсе отсутствовать. О таком типе жестокого обращения с детьми известно мало, и его распространенность еще не определена. В 1991 году в обзоре 316 американских детских врачей-нейрологов и гастроэнтерологов сообщалось о 273 подтвержденных случаях и 192 предполагаемых случаях синдрома Мюнхгаузена.

Источник: Schreier & Libow, 1993.

«Я чувствовала, что теряю контроль. Все мои действия приводили к тому, что во мне постоянно нарастало напряжение. Пытаюсь успокоить своих детей, я начинала кричать на них. Я хотела избавиться от раздражения, но оно не оставляло меня. Я просто стремилась к тому, чтобы это сумасшествие прекратилось».

Ряд негативных событий, нарастающая динамика которых подобна цепной реакции, может провоцировать предрасположенных к насилию родителей к жестоким действиям по отношению к своим детям. Большинство этих событий имеют один общий фактор: они вызывают дополнительный стресс у человека, уже исчерпавшего свои резервы.

Поскольку обычно случаи жестокого обращения возникают, когда родителям нужно добиться чего-либо от ребенка, неудивительно, что такие родители реже общаются со своими детьми в процессе их повседневной деятельности. В целом, безучастные родители, не оказывающие ребенку должной заботы, активно избегают общения со своими детьми, даже когда ребенок вполне приемлемо старается привлечь к себе их внимание. Чаще всего такая ситуация возникает из-за того, что родители не владеют навыками социального взаимодействия, и оно им даже неприятно. Родители, прибегающие к физическому насилию, более склонны к частым угрозам и жестким приказаниям, чем к использованию позитивных способов воспитания, таких как наставление и похвала (Azar & Wolfe, 1998).

Давайте вернемся к ситуации Бренды и рассмотрим, как усвоенные в детстве методы воспитания привели к жестокому обращению с собственным ребенком. Когда ее сын вел себя плохо, она эмоционально и физически угрожала ему, поскольку эти методы были ей хорошо знакомы. Сначала страх перед физическим наказанием останавливал Милтона, но со временем эти методы перестали действовать, и Бренде пришлось усилить наказания, а ребенок все неохотнее стал ее слушаться (Patterson & Cobb, 1973).

Ее когнитивное восприятие и искажение событий также играло значительную роль в процессе принуждения. Из-за **нарушений процессов обработки информации (information-processing disturbances)**, родители, жестоко обращающиеся с детьми, неправильно воспринимают обычные детские поступки, неприемлемо и агрессивно ведут себя по отношению к детям (Azar, 1997; Milner, 1993). Эти родители не имеют должного представления о своей роли и о том, какое поведение характерно для ребенка на данном уровне развития. Бренда считала, что ее четырехлетний сын должен понимать мысли и чувства матери и уметь ставить ее потребности выше собственных.

Со временем Бренда стала думать, что Милтон сознательно не слушался ее, так как в душе, вероятно, она верила, что он должен был уже знать, как «хорошо» вести себя («я не могу заставить его слу-

шаться: он создает проблемы и специально действует мне на нервы»). Некоторые родители применяют те же самые ошибочные методы рассуждения к самим себе, что приводит к снижению самооценки («я — плохая мать; другие матери могут заставить своих детей слушаться»). Такие нереалистичные ожидания и негативные внутренние атрибуции приводят к тому, что родители строго наказывают ребенка за дурные поступки и реже используют в воспитании объяснения и позитивные методы обучения (Azar & Wolfe, 1998). Они считают, что дети заслуживают сурового наказания, и его применение необходимо для поддержания контроля. Но, как вы теперь видите, подобные рассуждения могут иметь негативные последствия. Родители, безучастно относящиеся к детям и лишаящие их своей заботы, гораздо реже привлекают внимание исследователей, чем родители, применяющие к детям физическое насилие. Вполне вероятно, что *отсутствию* приемлемого поведения труднее описать и различить, чем *совершение поступков*. Хотя личностные характеристики и образ жизни родителей обеих групп во многом совпадают, в целом безучастные родители страдают от более серьезных личностных расстройств, они неадекватно представляют себе потребности детей и чаще страдают от социальной изоляции, чем нормальные родители или родители, прибегающие к насилию (Gaines, Sangrund, Green & Power, 1978; D. A. Wolfe, 1985). Более того, безучастные родители и опекуны в ситуации стресса стараются отдалиться от детей, а родители, прибегающие к насилию, наоборот, становятся в этой ситуации более эмоциональными и реактивными (Hillson & Kuiper, 1994). Безучастные родители пытаются справиться со стрессом, связанным с воспитанием детей и семейными трудностями, посредством избегания или уклонения. Это может привести не только к серьезным последствиям для ребенка, но и усилить риск того, что родители станут злоупотреблять алкоголем и наркотиками и не смогут справиться со стрессами (D. Harrington, Dubowitz, Black & Binder, 1995).

Подобно тропическому шторму, вызывающему непредсказуемые последствия, конфликт родителей и детей может внезапно усилиться и превратиться в разрушительный ураган, сметающий все на своем пути. Негативные эмоции и возбуждение в значительной степени «обусловлены», так что характерные события могут впоследствии вызвать аналогичные чувства. Такое обусловливание может происходить постепенно и перерастать в неконтролируемые вспышки или возникать внезапно во время стрессовых, провокационных эпизодов конфликта (Averill, 1983).

Для иллюстрации представьте, что вы каждый день провожаете ребенка в школу и проходите одну и ту же не очень приятную для вас последовательность событий: вы опаздываете на работу и спешите на деловую встречу, а в это время ваш ребенок начинает суетиться и искать свои сапоги или причесывать волосы. Только очень нервные люди реагируют на такие события гневом и фрустрацией. Хотя большинству из нас удается контролировать свои

эмоции, чтобы справиться с ситуацией как можно лучше, родители, мало занимающиеся воспитанием детей и испытывающие дефицит навыков обработки информации, могут думать, что ребенок специально заставляет их опаздывать. Гнев и возбуждение — мощные эмоции, поэтому человек от рационального решения проблем может быстро перейти к эмоциональным и рефлексивным реакциями.

Гнев и ярость в значительной степени зависят от ситуаций, которые связаны с эмоционально возбуждающими событиями. В случае Бренды выражение лица ребенка подсказывало ей, что он не выполнит ее просьбу. Мы обнаружили это, записав на видеопленку совместную игру матери и ребенка, после которой Бренда попросила Мильтона убрать комнату. Мы перемотали пленку назад и попросили Бренду объяснить нам, в какие моменты поведение или внешний вид Мильтона казались ей настораживающими. Она останавливала пленку в нескольких местах. «Вот здесь он с неприязнью смотрит на меня, а здесь он думает, что не стоит выполнять мои требования», — поясняла Бренда. Именно в эти моменты тон ее голоса становился более напряженным и жестким, а ее наставления Мильтону — более настойчивыми и резкими.

Хотя Бренда признавала, что слишком сердится, ей не удавалось сдерживать себя и успокоиться. Итак, мы видим, как отдельные события провоцируют возбуждение у родителей и вызывают негативные воспоминания о прошлом в сочетании с текущим эмоциональным напряжением, в результате чего возникает специфический конфликт между родителем и ребенком. Это общее эмоциональное напряжение, которое испытывают родители, может заставлять их реагировать более злобно и агрессивно на сигналы, которые в прошлом ассоциировались у них с фрустрацией и гневом.

Ребенок и влияние семьи. Действительно ли некоторые личные качества детей или их поведение увеличивают вероятность совершения насилия над ними или отсутствия родительской заботы? Дети обладают сверхъестественной способностью узнавать, что их родители собираются делать, прежде чем они действительно это сделают, и дети удивительно хорошо умеют оценить возможность желаемого исхода. Несмотря на то что детское поведение может раздражать взрослых, родители и воспитатели полностью ответственны за насилие и отсутствие заботы. Ни один ребенок не заслуживает того, чтобы на него кричали или оскорбляли его, независимо от того, насколько им трудно управлять или обучать чему-либо. Непослушание или недостаточное развитие ребенка могут способствовать проявлению насилия, но только в том случае, если их будут сопровождать факторы, уже нами упомянутые.

За исключением случаев сексуального насилия, которому девочки подвергаются чаще, чем мальчики, никакие характеристики детей, даже такие как, например, проблемное поведение или отставание в развитии, не повышают вероятность жестокого обра-

щения при условии, что внешние факторы и фактор личности взрослого благоприятны (Национальный совет по исследованиям 1993; Whitmore, Kramer & Knutson, 1993). Непроизвольно, однако, ребенок может способствовать сохранению и эскалации насилия или безучастному отношению к нему родителей.

В семьях, где распространено насилие, часто формируются принудительные взаимоотношения (об этом типе семьи сказано в главе 6, в разделе об агрессивных детях) (D. A. Wolfe, 1985). Дети, подвергающиеся физическому насилию или лишенные родительской заботы, могут с раннего возраста видеть, что плохое поведение часто вызывает непредсказуемую реакцию родителей, в том числе и негативную, и это создает у ребенка ощущение контроля. Если плач и привязчивость — единственные способы привлечь внимание родителей, то это поведение может со временем усилиться, в особенности если родители недостаточно стимулируют и контролируют ребенка. На примере такого взаимодействия понятно, почему родители применяют силу, когда ребенок создает проблемы, не слушается, дерется, спорит, попадает в происшествия или подвергает свою жизнь опасности. В этих ситуациях некоторые взрослые испытывают гнев и напряжение. Отсутствие родительской заботы, наоборот, более связано с хронической неадекватностью взрослых, отражающейся на повседневной жизни семьи (В. С. Herrenkohl, Herrenkohl & Egolf, 1983). Раздражительность или рано возникающие нарушения, связанные с приемом пищи у детей, лишенных родительской заботы, создают дополнительную нагрузку для родителей. При этом у ребенка повышается потребность в заботе и контроле, а родители еще больше стремятся отдалиться и уйти от общения с ним (Drotar, 1992).

Семейные обстоятельства, чаще всего это супружеское насилие и конфликты, тоже могут стать причинными факторами жестокого обращения с детьми. Приблизительно в половине семей, где взрослые партнеры проявляют жестокость по отношению друг к другу, один или оба родителя в течение года, предшествующего моменту опроса, вели себя жестоко по отношению к ребенку (Edleson, 1999). В семье возникают конфликты, и женщины подвергаются насилию, когда родители не согласны друг с другом в том, какие у них обязанности, как нужно воспитывать детей и как заставлять детей слушаться (Edleson, Eisikovits, Guttman & Sela-Amit, 1991). Дети могут попасть «под горячую руку» ссорящихся родителей. В некоторых случаях дети разжигают супружеский конфликт, когда плохо себя ведут или требуют к себе внимания (Jaffe, Wolfe & Wilson, 1990). И в том, и в другом случае возникает цикл эскалации семейных конфликтов и насилия, когда эмоциональные реакции и поступки детей в ответ на жестокое обращение создают дополнительный стресс в семейных взаимоотношениях, еще больше усугубляя и без того взрывоопасную ситуацию.

Кроме того, женщины, подвергшиеся насилию и знающие о его психологических и физических последствиях, реже стремятся удовлетворить потреб-

ности своих детей, а это создает дополнительное напряжение в семье. Трагичным представляется и то, что не только супружеское насилие и семейные конфликты непосредственно пугают и тревожат детей, но их последствия — ссоры, изменения финансового статуса и перемена места жительства или разрушение единства и безопасности семьи — усиливают стресс и его пагубное влияние на детское развитие (Margolin & Gordis, 2000).

Интегрированная модель. В процессе динамического взаимодействия родительских и семейных факторов с течением времени происходит либо повышение, либо снижение риска физического насилия или отсутствия родительской заботы. Рис. 14.3 отражает три гипотетические переходные стадии этого процесса. Здесь предполагается, что паттерны низкой или нормальной адаптации формируются не только под влиянием характеристик ребенка и родителей. Напротив, возникающие формы поведения являются результатом комплексного взаимодействия характеристик ребенка, родителей, их стиля воспитания и взаимоотношений, а также благоприятных и неблагоприятных факторов окружающей среды (D. A. Wolfe, 1999). Кроме того, этот процесс включает дестабилизирующие и компенсирующие факторы, которые с течением времени могут как увеличивать, так и снижать вероятность насилия и отсутствия родительской заботы.

Сексуальное насилие

Объясняя насилие над детьми, исследователи ищут у взрослых преступников признаки отклонений в сексуальной сфере, ссылаются на факторы риска в культуре или окружающей среде, способствующие сексуальной эксплуатации детей. Однако, как и в случае с физическим насилием, преступники, совершающие сексуальное насилие над детьми, представляют очень смешанную группу, для которой не обнаруживаются общие личностные характеристики и симптомы психических отклонений. Некото-



«Я тебя ненавижу! Не подходи к моему дому!» — кричит 8-летний ребенок отцу, которого арестовывает полиция за нападение на жену. (Из книги «Жизнь с врагом», From Living with the Enemy. Фото Донны Феррато).

рые из этой группы оказываются застенчивыми и робкими, а другие плохо контролируют импульсы и проявляют доминирующий стиль межличностного общения. Всех преступников объединяет то, что они сексуально эксплуатируют детей или подростков, которые по причине своего возраста и невинности не могут добровольно соглашаться с такой эксплуатацией и рассказывают родителям или близким о случившемся.

Характеристики взрослых людей, совершающих сексуальное насилие над детьми. Преступники этой группы не имеют общих личностных, возрастных или профессиональных характеристик (L. M. Williams & Finkelhor, 1990). Единственный вывод, который можно с уверенностью сделать, заключается в том, что подавляющее большинство подобных преступников — мужчины.

Лица, совершающие сексуальные преступления в отношении детей, как правило, проявляют симптомы, соответствующие диагностическим критериям педофилии, перечисленным в Руководстве DSM-IV-TR, которая определяется как сексуальные действия по отношению к детям или сексуально возбуждающие фантазии, связанные с детьми, не достигшими пубертатного возраста (в основном, не старше 13 лет). Педофилами считаются лица не моложе 16 лет, при этом разница в возрасте с ребенком должна составлять не менее 5 лет. Некоторые педофилы испытывают сексуальное влечение только к детям (исключительный тип), тогда как другие порой испытывают сексуальное влечение так же и к взрослым (неисключительный тип).

Педофилы могут совершать инцест со своими собственными детьми, приемными детьми или другими родственниками либо они выбирают жертвы за пределами своих семей (Американская психологическая ассоциация, АРА, 2000). Важно отметить, что более половины педофилов уже к 17 годам осознают свои склонности (63% будущих преступников интересуются мальчиками и 50% — девочками) и в конце юности или после 20 лет они начинают совершать преступления. (Abel, Osborn & Twig, 1993).

Лица, совершающие сексуальное насилие над детьми, применяют сложные техники и приемы, чтобы завоевать доверие ребенка и заставить его подчиниться (Американская психологическая ассоциация, АРА, 2000), они ведут себя предательски и жестоко по отношению к детям. Преступники порой входят в доверие к матери ребенка или вступают в брак с женщиной, имеющей привлекательного ребенка. Они могут разными способами расположить ребенка к себе и подавить его сопротивление, например заводят дружбу, играют с ним или делают ему подарки, у них появляются хобби и интересы, привлекающие ребенка, кроме того, склонные к педофилии взрослые используют давление сверстников на ребенка (Wekerle & Wolfe, 1996).

Сексуальные преступники редко прибегают к силе, чтобы заставить ребенка уступить; чаще всего они учитывают потребности ребенка, пробуждая у

него любовь, интерес и привязанность к себе, так чтобы уменьшить вероятность того, что ребенок расскажет о занятиях сексом. Как правило, преступники вовлекают ребенка в занятия сексом только после периода ухаживания, когда ребенок постепенно знакомится с сексуальной стороной жизни, из чего видно, что эти люди «умны, расчетливы и терпеливы» (Singer, Hussey & Strom, 1992, стр. 884). Как говорил один преступник, «вы можете соблазнить ребенка, неуверенного в себе, и достичь своей цели, если станете делать ему комплименты, проявите внимание и хорошее отношение» (Elliott, Browne & Kilcoyne, 1995, стр. 584).

По словам Грехэма Джеймса (бывшего тренера по хоккею, отбывающего срок в тюрьме за сексуальное насилие над игроком; см. фото на следующей стр.), когда преступник пытается установить взаимоотношения с ребенком или подростком, проводит с ним свободное время, выделяет ребенка из группы сверстников, считает его особенным, внутренние запреты ребенка снимаются за счет искажения ролей ребенка и взрослого и стирания межличностных границ. Признания Грехэма Джеймса позволяют понять, как преступник создает у ребенка кажущееся ощущение нормальности такого поведения, и почему ребенок чувствует себя привилегированным, а преступник начинает занимать первое место в его жизни.

Как и лица, совершающие физическое насилие над детьми, педофилы зачастую сами оказывались жертвами насилия в детстве. Однако такая связь между детством преступника и его последующими преступлениями в зрелые годы вовсе не обязательна, кроме того, она еще недостаточно изучена. Ребенок, имеющий негативный опыт, испытавший сексуальное насилие или другие формы жестокого обращения, может, взрослея, испытывать недоверие к интимным отношениям (Marshall, 1993; Marshall, Serran & Cortoni, 2000). Так, например, один из мальчиков-подростков, подвергавшийся в детстве сексуальной эксплуатации, оправдывает свое насилие над более слабыми и младшими детьми тем, что его другие попытки сблизиться со сверстниками окончились неудачей (S. M. Hudson & Ward, 1997). Интерес к сексу и возбуждение в сознании ребенка объединяются с потребностью в эмоциональной близости, и это приводит к сексуальной распушенности. У такого подростка по мере взросления могут усиливаться сексуальные отклонения, когда он предпринимает все новые попытки установить близкие отношения через сексуальный контакт (Marshall, 1993). Таким образом, группу сексуальных преступников можно охарактеризовать тем, что люди, ее составляющие, очень часто испытывают значительный дефицит общения, они оказываются в социальной изоляции, и им трудно формировать эмоционально близкие, доверительные взаимоотношения (D. W. Smith & Saunders, 1995).

Влияние семейных и ситуативных факторов. Для группы семей, в которых произошел инцест, как и для сексуальных преступников, не находится уни-

версальных профильных характеристик. Наиболее часто члены таких семей стараются защитить «семейный секрет», а человек, совершивший насилие, доминирует над остальными домочадцами и контролирует их жизнь, что может выражаться в усилении социальной изоляции, ограничении автономии членов семьи, установлении строгой морали и неумеренной религиозности (Howes, Cicchetti, Toth & Rogosch, 2000). Неудивительно, что в этих условиях у семейных пар возникает сильный дистресс, неудовлетворенность взаимоотношениями и сексом (Faust, Runyon & Kenny, 1995). Как и при жестоком обращении с детьми, в случаях сексуального насилия создается климат доминирования одного из членов семьи, злоупотребляющего силой, и дети бывают не в состоянии избежать неприятных событий и проконтролировать их ход. Очень трудно сказать, что происходит раньше — инцест или ухудшение взаимоотношений, поскольку почти всегда исследуются семьи, в которых уже произошло сексуальное насилие над ребенком. Определенные ситуации делают детей более уязвимыми перед сексуальным насилием, чем пользуются многие преступники. Насильники осознают, что ребенок более уязвим, если в его семье возникают проблемы, если он проводит много времени в одиночестве и испытывает неуверенность в себе. Лица, совершающие сексуальное насилие над детьми, признаются, что предпочитают привлекательных, доверчивых и малолетних жертв (Elliott et al., 1995). Чтобы завоевать доверие ребенка, преступники стараются воспользоваться ситуациями, в которых дети остаются без присмотра, и у них появляется возможность завлечь ребенка в интимные отношения; чаще всего такие ситуации возникают, когда родители уезжают, ребенок заболевает или испытывает стресс, когда один из супругов подвергает другого насилию, или родители недостаточно эмоционально близки к ребенку. Низкий уровень жизни и социальная изоляция также увеличивают вероятность того, что ребенок рискует подвергнуться сексуальному насилию, так как родителям может не хватать денег или времени, чтобы позаботиться о ребенке и обеспечить его безопасность (Finkelhor, 1984).

Джеймс считает, что помог Кеннеди справиться с алкоголизмом. «Став близким ему человеком, только я помог ему справиться с его проблемой — (алкоголизмом)». Джеймс никогда не упоминал о том, что именно его сексуальная связь с Кеннеди стала причиной алкоголизма, как заявил сам Кеннеди (Spector, 1997).

Социальные и культурные факторы

Какую роль играет культура в распространении случаев жестокого обращения с детьми? Интуитивно мы можем прийти к выводу о том, что влияние личностных факторов в возникновении насилия и отсутствии родительской заботы весьма ограничено, поскольку мы живем в обществе, которое не только не осуждает насилие, но прославляет его прямо или косвенно (Jaffe, Lemon, Sandler & Wolfe, 1996).

Примем во внимание и то, что индустрия развлечений, в том числе с помощью масс-медиа и профессионального спорта, получает миллиарды долларов прибыли от эксплуатации интереса людей к разным формам насилия. Тревогу вызывают и изображения сексуальных ролей в кинематографе и рекламе: стереотип женщины — беспомощная и пассивная, а стереотип мужчины — властный, наделенный способностью контролировать ситуацию. Это побуждает женщин уважать благосклонность сильных мужчин, а мужчин — бороться с самостоятельными, сильными и настойчивыми женщинами (Hedley, 1994). Эти явления в культуре укоренились в течение многих лет за счет повторяющихся образов, которые стали мотивировать мужчин к укреплению контроля и власти во взаимоотношениях (R. E. Dobash & Dobash, 1992).

Если говорить о семейных факторах, то, как мы уже отмечали, жестокое обращение с детьми, как правило, возникает в семьях, испытывающих многочисленные проблемы и находящиеся в неблагоприятной среде, когда на развитие ребенка оказывают сильное влияние бедность, социальная изоляция и применение телесных наказаний. В основе всех этих факторов лежит социальное неравенство, и оно, хотя это и спорное мнение, является важнейшим социо-



Грехэм Джеймс говорит, что его постоянные сексуальные приставания к профессиональному хоккейному игроку Шелдону Кеннеди (справа на фотографии) были знаками дружбы, границы которой он не собирался нарушать. Неужели взрослый Джеймс, вступив в связь с 15-летним мальчиком, не отдавал себе отчета в том, что он совершает что-то плохое? «Послушайте, я не пытаюсь оправдываться... Наверное, я бы хотел, чтобы все не выходило из рамок приличия. Кажется, я представлял, что живу в Древней Греции или вроде того».*

*Интимные и любовные отношения между взрослыми мужчинами и мальчиками в античном мире были достаточно распространены, и общество относилось к ним неоднозначно. — *Примеч. ред.*

культурным явлением, влияющим на проявление жестокости и насилия, которые испытывают не только дети, но и взрослые люди, принадлежащие к социально отверженным группам. В зависимости от того, насколько общество считает ту или иную группу менее достойной и не заслуживающей экономической и политической поддержки, настолько эта группа уязвима перед насилием и другими унижениями (Miedzian, 1995).

Бедность и социальная изоляция. Несмотря на то что распространение случаев жестокого обращения с детьми зависит не только от социально-экономического статуса семьи, эта проблема должна рассматриваться в контексте бедности и стресса, вызванного окружающей средой. Бедность вносит большие ограничения в жизнь ребенка: он не получает адекватной заботы и воспитания в детском саду, ему не обеспечивается безопасность, семья ребенка сталкивается с жилищными проблемами, а эти факторы часто мешают формированию здоровых взаимоотношений между родителями и детьми. Кроме того, взрослые, находящиеся ниже уровня бедности, страдают от многочисленных личных и семейных проблем, они злоупотребляют наркотиками, спиртным и страдают от эмоциональных расстройств. Известно также, что, в среднем, 40% случаев жестокого обращения с детьми сопровождается зависимостью родителей от наркотиков и алкоголя (Lung & Daro, 1996).

Бедность и жестокость взаимосвязаны, что является подтвержденным фактом. Чтобы объяснить эту связь, мы должны учесть уже отмеченные нами психологические факторы. Ненадежность социального положения семьи или ее культурная отверженность вызывают дополнительные стрессы и сложности, а также ограничивают у ребенка и его семьи возможность выбора. Такая семья хуже справляется со стрессами, а нехватка материальных средств также накладывает дополнительные ограничения.

Вероятно, в результате влияния социальных и культурных факторов семьи, в которых жестоко обращаются с детьми, зачастую бывают социально замкнутыми, мало общаются с соседями и не получают помощи социальных служб (Korbin, 1994; R. A. Thompson, 1994b). К сожалению, продолжительная изоляция и отчужденная от остального общества жизнь семьи мешает родителям видеть модели более здорового воспитания и лишает их возможной социальной поддержки. Семьи, в которых дети лишены родительской заботы, особенно часто оказываются изолированными и обособленными от общества. Такая ситуация обусловлена во многом серьезными межличностными проблемами родителей (Polansky, Gaudin & Kilpatrick, 1992).

Воспитание детей и частная жизнь семьи. За последние 50 лет взгляды общества на воспитание детей сильно изменились. Предполагается, что родители могут адекватно оценить способности своего ребенка или ограничения в его развитии, отка-

жуются от использования исключительно дисциплинарных методов воспитания и будут поощрять растущую независимость ребенка и его самоконтроль. Тем не менее между жестоким обращением с ребенком и дисциплинарными методами воспитания существует тесная связь, поскольку культурные нормы во многих странах до сих пор рассматривают телесное наказание как основной и даже необходимый элемент дисциплины. В результате 80% всех 3-летних детей в США каждый год подвергаются физическому наказанию родителей и около 10% детей так строго наказывают, что их здоровье подвергается сильной опасности (Straus & Gelles, 1990).

Многие родители бьют своих детей, даже если сомневаются в эффективности наказаний (Gallup Organization, 1993). Действительно ли приемлемость телесного наказания в обществе обуславливает вероятность детского насилия? Напрашивается ответ — да. Но только косвенно. Большинство родителей, применяющих жесткие дисциплинарные методы, не подвергают детей ни физическому, ни психологическому насилию. И все же изменение в обстановке, например усиление стресса или проблемное поведение ребенка, причиняющее много хлопот, мо-

жет привести к внезапной вспышке насилия или проявления жестокости в семье.

Более того, не существует универсальных норм «разумного» наказания, поэтому во многом характер наказания определяется обычаями и мнениями родителей о приемлемости или неприемлемости тех или иных мер воздействия. Культурные ценности, исторические традиции и общественные нормы подготавливают почву для того, чтобы жестокость и насилие по отношению к одному человеку стали методом воспитания для другого. Зачастую жестокое обращение с детьми возникает из-за того, что культура не оказывает родителям поддержки и не предоставляет им возможности научиться необходимым навыкам воспитания, на которое, кроме того, могут влиять давно установившиеся социальные обычаи, одобряющие применение физической силы для разрешения конфликтов с детьми.

Культурные нормы и практика также влияют на распространение сексуального насилия над детьми. Эротическое изображение детей встречается не только в порнографии, но и в рекламе, и это вызывает тревогу относительно уместности таких рекламных текстов. Настораживает и большое количество порно-

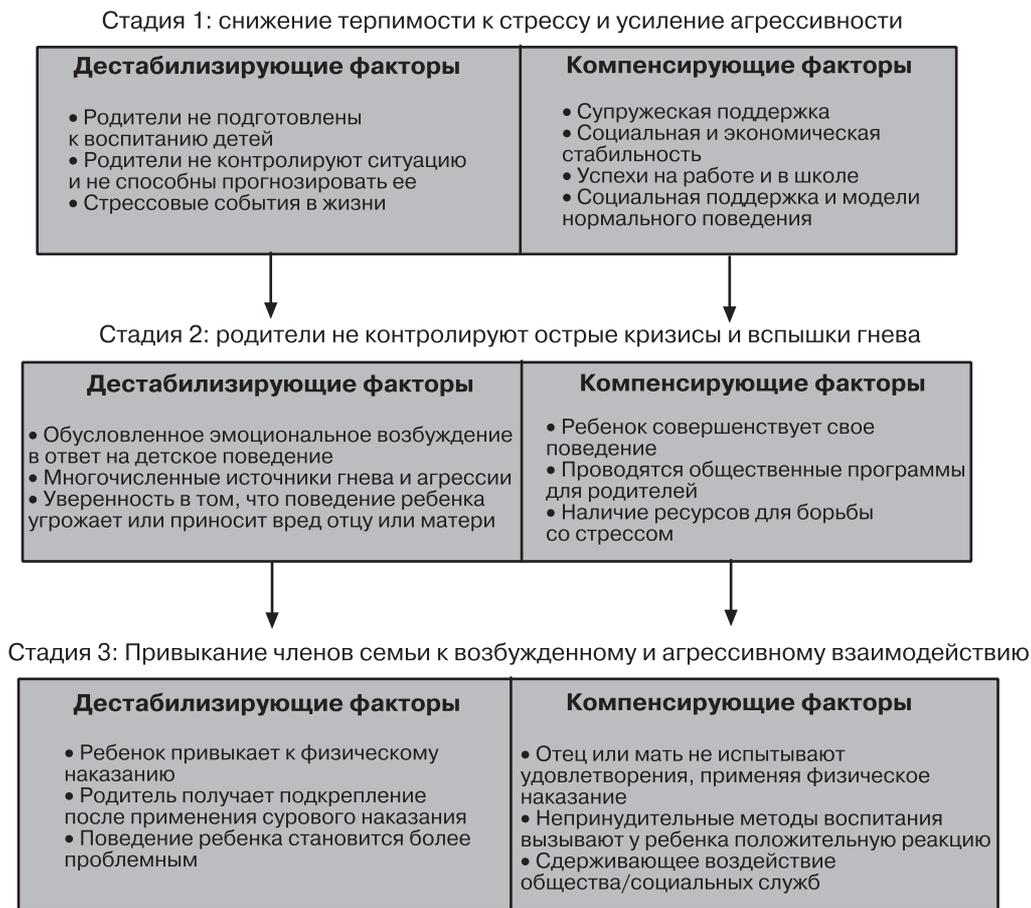


Рис. 14.3. Интегрированная модель физического насилия над детьми (D. A. Wolfe, 1999).

рафического материала в Интернете, где сексуальные насильники делятся информацией, обмениваются порнолитературой и фотографиями и устанавливают контакт с потенциальными жертвами-детьми. Дети, подвергаясь воздействию порнографических материалов, могут испытывать десенсибилизацию, у них может возникнуть представление о том, что такая деятельность вполне нормальна (К. А. McCabe, 2000). У детей, которых использовали в производстве порнографии, наблюдаются такие симптомы, как эмоциональная замкнутость, антисоциальное поведение, резкая смена настроения, депрессия, страх, тревога и различные расстройства, например, посттравматическое стрессовое расстройство. (Детская порнография в Интернете, 1998).

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Родители, склонные к насилию и не занимающиеся воспитанием детей, мало знакомы с позитивными родительскими моделями и не получают поддержки со стороны общества.
- Недостаток знаний родителей о нормальном воспитании детей и их неумение справиться с гневом и возбуждением во многом обуславливает распространение случаев физического насилия над детьми и отсутствия родительской заботы.
- Психические расстройства родителей редко становятся причиной жестокого обращения и отсутствия родительской заботы, однако стрессогенная окружающая среда способствует тому, что семья не может справиться с трудностями и оказывается в социальной изоляции.
- Преступники, совершающие сексуальное насилие над детьми, как правило, проявляют симптомы, соответствующие диагностическим критериям педофилии, перечисленным в Руководстве DSM-IV-TR, которая определяется как сексуальные действия по отношению к детям или сексуально возбуждающие фантазии, связанные с детьми.
- Жестокое обращение с детьми также возникает в условиях бедности и неравенства, социальной изоляции и нездоровых культурных норм, связанных с воспитанием детей; кроме того, ему способствует сохранение «семейной тайны».

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ СЛУЧАЕВ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ НАСИЛИЮ

Деятельность социальных служб, оказывающих необходимую терапевтическую помощь и занимаю-

щихся предупреждением насилия над детьми, затруднена по следующим причинам: 1) как правило, самые бедные семьи реже всего стремятся получить помощь; 2) родителей вынуждают обращаться к профессионалам посторонние люди или соседи, обеспокоенные нарушением определенных социальных норм и законов; 3) родители не хотят признать проблемы, боясь потерять детей или опасаясь обвинения в преступлении (эти страхи, разумеется, реалистичны).

Многие дети и взрослые, страдающие от последствий насилия и отсутствия родительской заботы и нуждающиеся в лечении, находятся в заключении. Так же, как и другие психологические вмешательства, лечение детей, страдающих от последствий совершенного над ними насилия, и предотвращение жестокого обращения с детьми основывается на благотворительной помощи. Однако получить помощь может лишь тот, кто осознает необходимость разрешения существующих у него проблем. В результате психологические вмешательства, направленные на предотвращение жестокого обращения с детьми, сталкиваются с трудностями, которые вызваны тем, что родители или опекуны, совершающие насилие, не желают признавать свою вину (Azar & Wolfe, 1998).

Несмотря на это дети и подростки, выросшие в обстановке насилия, могут изменить отношение к другим людям, в особенности если лечение начнется рано. Если мы будем опираться на достоинства и способности человека, а не на его недостатки, эффективность психологического вмешательства значительно увеличится. Так, например, к родителям первенцев, входившим в группу риска (ее составляли родители, имевшие низкий социально-экономический статус, слишком юные (до 19 лет) или родители-одиночки), приходили на дом работники социальных служб и устанавливали с ними связь до и после родов, оказывали им материальную поддержку, обучали тому, как удовлетворять потребности развития их детей. Спустя 15 лет эти родители лучше, по сравнению с контрольной группой, планировали семью с учетом количества детей и их размещения, они меньше нуждались в социальной поддержке, реже жестоко обращались с детьми, и их детей не так часто арестовывали в подростковом возрасте (Olds et al., 1997).

Очевидно, что расширение позитивного опыта на ранней стадии развития взаимоотношений родитель—ребенок довольно перспективно. Это предотвращает жестокое обращение с ребенком и снижает риск такого обращения впоследствии. Точно так же, программы, обучающие детей и их родителей тому, как избежать сексуального насилия или как сообщить о нем, помогают детям справиться с последствиями насилия, особенно это относится к тем программам, которые стимулируют детей принимать активное участие в предупредительных мерах (М. К. Davis & Gidycz, 2000; MacIntyre & Carr, 2000). Формальная терапия также увеличивает шансы преодолеть негативные последствия насилия и отсутствия родительской заботы. Мы обсуждаем терапевтические методы лечения последствий наси-

лия и отсутствия родительской заботы в одном раз- деле, потому что они тесно связаны с нарушениями воспитания детей. Терапия последствий сексуально- го насилия над детьми описана нами отдельно, так как характер и сам процесс терапии уникальны.

Физическое насилие и отсутствие родительской заботы

Лечение может идти в двух направлениях: тера- пию проходят отдельно родители, отдельно дети, либо родители вместе с детьми. Независимо от того, как проводится терапия, психологи, устраняющие последствия физического насилия, как правило, пытаются изменить методы воспитания, которые используют родители. Их обучают базовым навы- кам обращения с ребенком, при этом могут исполь- зоваться когнитивно-бихевиоральные подходы, на- правленные на устранение озлобленности и иска- женных представлений. Терапия, направленная на преодоление безучастного отношения к ребенку, ак- центрирует внимание на ожиданиях родителей и их навыках воспитания. В рамках терапевтического курса проводятся тренинги по социальной компе- тенции, включающие обучение семейной безопасно- сти, гигиене, финансовому планированию. Родите- ли получают необходимые медицинские знания, учатся тому, как рационально использовать семей- ные ресурсы и удовлетворять насущные потребнос- ти детей. Кроме того, родители могут получить кон- сультации по поводу преодоления алкогольной и наркотической зависимости (Azar & Wolfe, 1998). Большинство интервенций направлены на приобре- тение родителями необходимых навыков, но при этом желательные изменения в характере воспита- ния оказывают сильное влияние и на развитие де- тей (D. A. Wolfe & Wekerle, 1993).

Поскольку родители, жестоко обращающиеся с детьми, придают слишком большое внимание кон- троллю и дисциплине или тому, как избежать испол- нения родительских обязанностей и сократить кон- такты, они редко получают удовольствие от обще- ния с ребенком. Поэтому первоначальная терапия направлена на установление позитивных взаимодей- ствий так, чтобы и родители, и ребенок получали удовольствие от общения. В процессе моделирова- ния, ролевой игры и установления обратной связи родителям показывают, как участвовать в повсе- дневной деятельности ребенка так, чтобы помочь ему справиться со своими недостатками и развить у него навыки адаптации (D. A. Wolfe, 1991). Выбира- ется такая деятельность, которая приносила бы ре- бенку удовольствие, способствовала взаимодей- ствию и максимально привлекала бы его внимание. План терапии Мильтона показывает, какое большое значение имеет первый этап лечения.

Терапия Мильтона — занятие 1

Понадобилось немного времени, чтобы по- нять, с какими проблемами сталкивалась Брен- да, общаясь со своим маленьким сыном. Во вре-

мя нашей первой встречи Мильтон (ему было тогда 4 года) хотел привлечь внимание своей матери и очень рассердился, когда я попросила ее выйти из комнаты на несколько минут. Раздо- садованный, он даже перевернул стул и попытал- ся ударить Бренду скатанным в рулон бумажным рекламным плакатом. К счастью, она все же вы- шла из комнаты и в первый раз оставила нас на- едине. Я нашла игру и несколько его любимых кукол и стала устанавливать контакт. Как только Мильтон начал терять интерес, я переключилась на новую деятельность. Я дала понять Мильтону, что он мне интересен, и предоставила Бренде возможность просто понаблюдать за нами:

«Мильтону все интересно! Правда? Посмот- ри-ка! У меня есть говорящая кукла. Ты можешь заставить ее сказать что-нибудь? Отлично, она сама с тобой поговорит. (Мильтон направляется к коробке с игрушками.) «Смотри, Мильтон, у меня есть кукла. Хочешь поддержать ее? Ну вот, давай поиграем. Потом, когда мы поиграем, при- дет мама и тоже станет играть! Когда мы все ус- танем, мы пойдем пить чай. Можешь сложить эти кубики? Ой, ты перевернул их; это смешно. Да- вай снова попробуем; только на этот раз ты по- ложи сюда один кубик для меня». Я руководила Мильтоном, чтобы он не отвлекался, и при этом постоянно говорила вслух. Бренда, находивша- яся в смежной комнате, откуда она наблюдала за общением, могла все слышать.

Как только родители усваивают более гибкий, соответствующий уровню развития их ребенка адап- тивный стиль обучения, ребенок становится более уступчивым и начинает лучше себя контролировать. Родители наблюдают, как терапевт показывает им позитивные модели взаимодействия, позволяющие стимулировать внимание ребенка и его заинтересо- ванность. В процессе моделирования возникает об- ратная связь. Терапевты показывают родителям, как проявлять доброжелательное отношение к ребенку: можно улыбнуться, обнять его или похвалить. Кро- ме того, терапевт учит родителей выражать тревогу, озабоченность и, когда это необходимо, неодобрение (используя соответствующую мимику и тембр голо- са). Тренинг родителей редко проходит гладко, осо- бенно в проблемных семьях. Что вы будете делать, когда ребенок просто дурачится и не слушает ваши указания, пока его отец или мать наблюдают за ним? Эти ситуации часто оказываются полезными, пото- му что они помогают родителям применять новые навыки в естественных, «приближенных к жизни» условиях. Ценность такого моделирования, в про- цессе которого преодолеваются жизненные трудно- сти, обнаруживается уже через несколько занятий.

Терапия Мильтона — занятие 4

Мильтон устал выполнять мои указания. Не об- ращая внимания на то, что его мать наблюдала

за ним, он решил поразвлечься. Он поднимал игрушки и бросал их, включал и выключал свет. Я подумала, что смогу справиться с Мильтоном, если сниму его со стула (на который он залез, чтобы дотянуться до выключателя) и посажу его обратно на диван. Я ошибалась. Он рассердился и злобно закричал. Так как у меня не было другого выбора (детские психологи знают, когда они проигрывают), я решила обратиться к Бренде, которая находилась в соседней комнате, чтобы она могла понять, что я чувствую и что, как мне казалось, я могу сделать. Не прерывая занятия, я произнесла под аккомпанемент шума, производимого Мильтоном: «Не знаю, что мне делать. Мильтон, кажется, не хочет слушаться. Я не буду сердиться, а подожду минуту или две и попробую снова. Моя трехлетняя дочь тоже иногда себя так ведет. Дети не всегда бывают послушны». Бренда, уже хорошо знакомая с таким поведением Мильтона, решила, что ситуация безнадежна. «Теперь вы знаете, с чем мне пришлось иметь дело!» — ответила она. Весело защищаясь, я сказала, что такие ситуации не так уже легко объяснить, вот почему так важно сохранять спокойствие и не тешить себя мыслями о том, что Мильтон сразу станет послушным ребенком. Я иронично напомнила ей закон Мерфи о поведении детей: «Все, что может произойти не так — произойдет», и его следствие: «То, что сработало один раз, не обязательно будет срабатывать всегда!»

Испытав несколько подобных неудач, мы выяснили, что семейные проблемы, которые случаются вне зависимости от того, планируем мы их или нет, позволяют родителям приобретать необходимые для воспитания навыки. Такие ситуации используются для того, чтобы научить родителей вести себя спокойно, но твердо. Терапевты учат родителей выражать разочарование и досаду, но без проявления насилия и грубости. Затем происходит совместное обсуждение ситуации и вырабатываются модели поведения для разрешения возникших проблем. Постепенно родители учатся заменять физическое наказание или апатию более позитивными подходами. Этот процесс требует времени, поэтому нужно учитывать то, что родители могут испытывать разочарование и нетерпение. В целом, оценивая вмешательства, направленные на устранение физического насилия и жестокого обращения с детьми, нужно отметить, что когнитивно-бихевиоральные методы оказываются наиболее эффективными, и на это есть несколько причин (Corgogan, 2000; Hansen, Warner-Rogers & Hecht, 1998). Самое важное то, что эти методы более эффективны по сравнению со стандартными защитными вмешательствами, включающими короткое консультирование и мониторинг, так как они изменяют поведение родителей, помогают родителям обойтись без применения силы, и позволяют им выработать приемлемые методы воспитания и навыки самоконтроля. Для того чтобы развить у ро-

дителей базовые навыки воспитания, применяются такие техники, как релаксация и тренинг навыков самоконтроля, когнитивная реструктуризация (помогающая адекватно понимать детское поведение), тренинг разрешения проблем и тренинг контроля стресса и гнева. Эти виды тренинга чаще всего сочетаются со структурным тренингом. По отдельности или в сочетании с другими методиками эти техники с успехом применялись для обучения родителей, склонных к жестокости и безучастных к потребностям детей. С их помощью родителей обучали справляться с различными ситуациями и решать проблемы воспитания (Fantuzzo, Wray, Hall, Goins & Azar, 1986; Kolko, 1996; D. A. Wolfe & Wekerle, 1993).

Кроме обучения новым способам стимуляции детского развития и структурирования деятельности детей, родители, безучастно относящиеся к ребенку, часто нуждаются в базовом образовании и помощи, чтобы справиться с повседневными требованиями, такими как финансовое планирование и чистота в доме. С помощью таких программ, как «Проект 12 способов» (Project 12 ways) (Lutzker, Bigelow, Doctor, Gershater & Greene, 1998), организуются многокомпонентные вмешательства для решения различных проблем в неблагополучных семьях, в которых родители не заботятся о детях. Эти вмешательства включают супружеское консультирование, финансовое планирование, обучение наведению порядка в доме (R. V. Campbell, O' Brien, Bickett & Lutzker, 1983; Wesch & Lutzker, 1991).

Детей, перенесших насилие или лишенных родительской заботы, реже подвергают терапии, чем родителей, в основном из-за того, что основную тревогу вызывает прежде всего поведение родителей. Мы видели, однако, что дети, испытавшие на себе жестокое обращение, часто отстают в развитии, и поэтому их адаптации должно уделяться особое внимание. Программа Джона Фантуццо и его коллег дает отличный пример вмешательства, направленного на развитие навыков взаимодействия у детей, подвергавшихся жестокому обращению. Во время занятий проводилась терапия с участием сверстников, обладавших развитыми навыками позитивной игры и не подвергавшихся жестокому обращению, которые действовали в паре с необщительными и замкнутыми детьми (S. Davis & Fantuzzo, 1989; Fantuzzo, Stovall, Schachtel, Goins & Hall, 1987; Fantuzzo et al., 1988, 1996).

В этой программе играм отводится особенно важная роль, так как в игре маленькие дети могут развить навыки установления взаимоотношений со сверстниками. Компетентных «игроков» поощряют взаимодействовать с менее компетентными, и при этом роль взрослых в игре сводится к минимуму. В результате дети, склонные к замкнутости, получают новый опыт, они становятся объектом внимания другого ребенка и соперничают тактике коммуникабельного ребенка, когда тот пытается организовать игру или уладить отношения с другими (Fantuzzo et al., 1996).

Результаты этой серии исследований впечатляют: по сравнению с контрольной группой у замкнутых

детей, подвергавшихся жестокому обращению и лишённых родительской заботы, происходят улучшение социального поведения, когнитивного развития и позитивные изменения в я-концепции, их поведение становится менее агрессивным и принудительным. Ещё одно преимущество такого вмешательства состоит в том, что его можно проводить в разных социальных условиях, например в подготовительном классе, где предлагаются различные программы для детей из неблагополучных семей и их родителей (Fantuzzo, Weiss & Coolahan, 1998).

Сексуальное насилие

*Это происходило только потому,
что все хранили тайну.
Из высказываний взрослого
человека, испытавшего в детстве
сексуальное насилие*

Дети, подвергшиеся сексуальному насилию, живут в обстановке секретности, молчания и изоляции. После того как они нарушают это молчание, рассказав о насилии, или после того, как оно случайно обнаружится, путь к излечению оказывается труден. Детям приходится не только вспоминать о неприятных событиях, они должны суметь избавиться от чувства вины, замешательства, страха и низкой самооценки.

Хотя мы уже далеко продвинулись в понимании причин распространённости насилия над детьми и знаем о его воздействии на психику ребенка, программы детской терапии еще только начинают разрабатываться. Нарушения, вызванные сексуальным насилием, так же, как и физическим насилием и отсутствием родительской заботы, особенно трудны для терапии: сексуальное насилие оказывает непредсказуемое воздействие на каждого ребенка, а это приводит к различным краткосрочным и долгосрочным последствиям. Поэтому терапия должна учитывать все разнообразие симптомов, возникающих у детей, перенесших сексуальное насилие; лечение должно проводиться даже в том случае, если у ребенка вообще не проявляется никаких симптомов (Finkelhor & Berliner, 1995).

Более того, сексуальное насилие, как и многие другие проблемы детства, возникает в контексте других личных, семейных и общественных проблем, оказывающих влияние на распространение этого явления и на результаты терапевтического вмешательства. Известно, что семейные факторы, в особенности поддержка матери и помощь в период кризиса, снижают дистресс у детей и помогают их выздоровлению, поэтому в процессе проведения терапии необходимо учитывать влияние семьи. Программы терапии для детей, подвергшихся сексуальному насилию, как правило, предоставляют возможности восстановления детского доверия, чувства безопасности и невинности (Finkelhor & Berliner, 1995; Saywitz, Mannarino, Berliner & Cohen, 2000). Ребенок поддерживают морально, помогают понять, почему это случилось с ним, и помогают ему вновь по-

чувствовать себя в безопасности. Детям предоставляют информацию и рассказывают о природе сексуального насилия, чтобы они могли избавиться от ложных представлений, ведущих к самообвинению. Во время групповой терапии с участием других детей, подвергшихся сексуальному насилию, или в процессе индивидуальных сеансов ребенок освобождается от переживаемого стыда и чувства изоляции. Анимационные фильмы и видеозаписи предлагают детям разные способы признать и понять свои чувства. Дети могут поговорить о своих переживаниях, что дает им возможность обрести надежду и уверенность. Детей также обучают тому, как предотвратить сексуальное насилие и восстановить ощущение личной значимости и безопасности, опять-таки в процессе просмотра анимационных фильмов и воспроизведения ситуаций они учатся различать приемлемые контакты от неприемлемых (M. K. Davis & Gidycz, 2000; Wurtele, 1990).

Для достижения этих целей наиболее подходят когнитивно-бихевиоральные методы. (J. A. Cohen & Mannarino, 1996). Желательно, чтобы необходимая информация и поддержка предоставлялись не только ребенку — жертве, но и родителям (если они не преступники). Скрытое предательство, лежащее в основе сексуального насилия, заставляет некоторых родителей испытывать амбивалентные чувства относительно того, стоит ли верить ребенку и как вести себя с предполагаемым преступником, которому они раньше, вероятно, доверяли. Родителям могут понадобиться консультации, помогающие им понять и контролировать изменения в поведении ребенка, потому что в результате насилия оно порой становится регрессивным или сексуализированным. Родители часто сами испытывают страх и беспокойство после раскрытия преступления, а обсуждение этой проблемы с другими родителями и терапевтами может предоставить им ценную поддержку.

Детям, подвергшимся сексуальному насилию, необходимо в спокойной обстановке выразить свой гнев, растерянность, страх, связанные с пережитым насилием и его последствиями. Например, дети помладше часто не проявляют психологические реакции на травму, если их не расспрашивать о ней специально (D. A. Wolfe et al., 1994). Сексуальное насилие приводит к тому, что дети пытаются самостоятельно справиться с сильными и противоречивыми чувствами, и понятно, что некоторые из них используют все возможные способы, позволяющие им избежать этих чувств. Однако попытки избавиться от внутренних состояний страха или тревоги могут, как ни парадоксально, заставить детей чувствовать себя еще хуже.

Поэтому для лечения детей, переживших сексуальное насилие, применяются специально адаптированные техники контролируемого воздействия, сходные с теми, о которых мы говорили в главе 7. Ребенку предлагают постепенно воспроизводить свои воспоминания о событиях, зачастую вплоть до ощущения дистресса, так что сильные эмоции гасятся в процессе повторяющегося воздействия. Кроме того, ребенок учится справляться с негативными мыслями и чув-

ствами о насилии, используя позитивные утверждения и представления. Предварительные данные показывают, что использование таких методов (в которых с ребенком проводятся тренинги и его побуждают снова вспоминать ситуацию насилия, помогают с ней справиться и предоставляют информацию по предупреждению насилия) помогает в лечении симптомов посттравматического стрессового расстройства (Deblinger, McLeer & Henry, 1990; Saywitz et al., 2000).

Признано, что успешные вмешательства, направленные на оказание помощи детям, подвергшимся сексуальному насилию, достигают нескольких важных результатов (Berliner, 1997). Терапевтические программы помогают детям понять, что над ними совершили насилие, что взрослый человек вел себя неприемлемо, что в результате насилия у них возникли некоторые временные проблемы. Эмоциональные и поведенческие нарушения, которые могут появляться вследствие насилия, должны постепенно устраняться, ребенок должен суметь найти личностные ресурсы, чтобы справиться с подобными проблемами в будущем. Важно, чтобы дети получали поддержку и помощь от родителей и воспитателей, с которыми также проводятся соответствующие консультации. Необходимо, чтобы взрослые, окружающие ребенка, смогли понять, какое воздействие оказало насилие на его поведение и адаптацию. Наконец, лечение оказывается успешным, когда ребенок, перенесший насилие или жестокое обращение, восстанавливает нормальный уровень развития.

Двадцать лет назад учебники психологии не затрагивали эти вопросы. В то время мы мало знали о негативных социальных последствиях жестокого обращения с детьми, недостаточно было изучено и то влияние, которое оказывали насилие и безучастное отношение родителей на развитие и психическое здоровье ребенка. С тех пор достигнут значительный прогресс в понимании этого явления и разработке методов оказания помощи ребенку и его семье. Наиболее важно то, что усиление профилактических мер и оказание необходимой социальной поддержки могут препятствовать распространению случаев жестокого обращения с детьми.

ИТОГИ РАЗДЕЛА

- Деятельность терапевтических служб, оказывающих поддержку семьям, в которых жестоко обращаются с детьми, осложняется отчасти из-за того, что родителям трудно признавать свои собственные ошибки и обратиться за помощью без принуждения.
- Меры, направленные на предупреждение случаев жестокого обращения с детьми, оказываются особенно эффективными в тех случаях, когда проводятся на раннем этапе формирования взаимоотношений между родителями и детьми.
- В процессе вмешательств, проводящихся в случаях физического насилия или отсутствия роди-

тельской заботы, придается особое значение семейному тренингу, в процессе которого родители усваивают необходимые навыки воспитания детей и контроля над стрессами. Этот метод также приносит пользу ребенку, поскольку способствует улучшению родительской заботы.

- В процессе терапевтического вмешательства в случаях физического насилия родителей обучают более позитивным навыкам воспитания детей, при этом используются когнитивно-бихевиоральные методы, направленные на борьбу с проявлением злости у родителей и устранение у них искаженных представлений.
- Терапия, проводящаяся в случаях отсутствия родительской заботы, уделяет основное внимание навыкам воспитания и формированию адекватных ожиданий у родителей, при этом проводится тренинг социальной компетенции и ведения домашнего хозяйства.
- Вмешательства, проводящиеся в случаях сексуального насилия над детьми, направлены на то, чтобы ребенок правильно осознал случившееся, почувствовал себя в безопасности и выразил свои эмоции.
- Подтвердилась эффективность использования когнитивно-бихевиоральных методов при проведении терапии в случаях сексуального насилия над детьми. Эти методы особенно действенны, когда проводится образовательная работа с родителями, и когда им предоставляется социальная поддержка.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ

- Жестокое обращение с детьми (child maltreatment)
- проявление насилия (victimization)
- ожидаемая среда (expectable environment)
- физическое насилие (physical abuse)
- отсутствие заботы о физическом состоянии ребенка (physical neglect)
- отсутствие заботы о получении ребенком образования (educational neglect)
- эмоциональная безучастность родителей (emotional neglect)
- сексуальное насилие (sexual abuse)
- эмоциональное насилие (emotional abuse)
- регуляция эмоций (emotion regulation)
- гипотеза цикла насилия (cycle-of-violence hypothesis)
- диссоциация (dissociation)
- травматическая сексуализация (traumatic sexualization)
- расстройства отношений (relational disorders)
- нарушения процессов обработки информации (information-processing disturbances)
- педофилия (pedophilia)

ЭПИЛОГ

Энни

Мне безопасно и спокойно в моем доме. Мне безопасно и спокойно в моем коттедже. Мне безопасно и спокойно с мамой и папой. Мне безопасно и спокойно с моей сестрой и братом. Мне безопасно и спокойно в моей постели. Мне безопасно и спокойно с моим плюшевым мишкой. Мне безопасно и спокойно с моими друзьями. Мне безопасно и спокойно, когда поднимается солнце. Мне безопасно и спокойно в тишине: мне безопасно и спокойно. Когда я работаю. Мне безопасно и спокойно в мягких тапочках. Мне безопасно и спокойно с моей семьей.

Энни Легат-Вулф, 7 лет.



Энни в возрасте 3 лет

ЛИТЕРАТУРА

- Achenbach, T. M. (1978). *Research in developmental psychology: Concepts, strategies, methods*. New York: Free Press.
- Achenbach, T. M. (1982). *Developmental psychopathology* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Achenbach, T. M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Adams, M. J. (1990). *Beginning to read: Thinking and learning about print*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Amsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (Text Revision). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1992). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: Author.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Aries, P. (1962). *Centuries of childhood*. New York: Vintage Books.
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy. The inner dynamics of childhood*. Boston: Houghton Mifflin.
- Azrin, N. H., & Foxx, R. M. (1974). *Toilet training in less than a day*. New York: Simon & Schuster.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (1999). *Abnormal psychology. An integrative approach* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bates, E. (1993, April). *Nature, nurture, and language*. Invited address presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans, LA.
- Bauman, M. E., & Kemper, T. E. (Eds.). (1994b). *The neurobiology of autism*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of infant Development: Birth to two years*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Berg, B. L. (1998). *Qualitative research methods for the social sciences* (3rd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Bernan, A. L., & Jobs, D. A. (1991). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. New York: Free Press.
- Bettelheim, B. (1976). *The meaning and importance of fairy tales*. New York: Random House.
- Biklen, D., & Cardinal, D. N. (Eds.). (1997). *Contested words, contested science: Unraveling the facilitated communication controversy*. New York: Teacher's College Press.
- Birch, H. G., Richardson, S. A., Baird, D., Horobin, G., & Illsley, R. (1970). *Mental subnormality in the community: A clinical and epidemiological study*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Bjorklund, D. F. (1995). *Children's thinking: Developmental function and individual differences* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Blood, G. W. (1988). *Stuttering*. In M. Hersen & C. G. East (Eds.), *Child behavior therapy casebook* (pp. 165-177). New York: Plenum.
- Bouras, N. (Ed.). (1999). *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*. New York: Cambridge University Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (Eds.). (1990). *The earliest relationship*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Brumberg, J. J. (1988). *Fasting girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Calder, J. (1980). *R.I.S: A life study*. London: Hamish Hamilton.
- Campbell, S. B. (1990). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. New York: Guilford Press.
- Cass, L. K., & Thomas, C. B. (1979). *Child psychopathology and later adjustment*. New York: Wiley.
- Cattell, R. B. (1938). *Crooked personalities in childhood and after*. New York: Appleton-Century.
- Chess, S., & Thomas, A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Chethik, M. (1989). *Techniques of child therapy: Psychodynamic strategies*. New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connors, C. K. (1980). *Food additives and hyperactive children*. New York: Plenum.
- DeSpelder, L. A., & Strickland, A. L. (1992). *The last dance: Encountering death and dying* (3rd ed.). Mountain View, CA: Mayfield.
- Dobash, R. E., & Dobash, R. P. (1992). *Women, violence, and social change*. New York: Routledge.
- Duncan, P. M., & Millard, W. (1866). *A manual for the classification, training, and education of the feeble-minded, imbecile, and idiot*. London: Longmans, Green.
- Dunlap, K. (1932). *Habits: Their making and unmaking*. New York: Liveright.
- Elliott, D. S., Hnizing, D., & Ageton, S. S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Engelmann, S., & Carnine, D. (1982). *Theory of instruction*. New York: Irvington.
- Englemann, S., Haddox, P., Hanner, S., & Osborn, J. (1978). *Thinking basics: Corrective reading comprehension*. Chicago: Science Research Associates.
- Epstein, R. (1990). *Eating habits and disorders*. New York: Chelsea House.
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Ferber, T. (1985). *Solve your child's sleep problem*. New York: Simon & Schuster.
- Ferrato, D. (1991). *Living with the enemy*. New York: Aperture Foundation.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theories and research*. New York: Free Press.
- Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences: The theory in practice*. New York: Basic Books.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Gelfand, D. M., & Hartmann, D. P. (1984). *Child behavior analysis and therapy* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Gelles, R. J., & Straus, M. A. (1988). *Intimate violence*. New York: Simon & Schuster.
- Gillberg, C., & Coleman, M. (1992). *The biology of the autistic syndromes* (2nd ed.). London: MacKeith.
- Ginsberg, S. (1996). *Family wisdom: The 2,000 most important things ever said about parenting, children, and family life*. New York: Columbia University Press.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. London: Wiley.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.
- Graziano, A. M., & Mooney, K. C. (1984). *Children and behavior therapy*. New York: Aldine.
- Greenspan, S. I. (1981). *The clinical interview of the child*. New York: McGraw-Hill.
- Hagerty, B. K. (1984). *Psychiatric-mental health assessment*. St. Louis, MO: Mosby.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J., & Lloyd, J. (1996). *Introduction to learning disabilities*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (1994). *Answers to distraction*. New York: Pantheon Books.
- Hare, R. D. (1993). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: Pocketbooks.
- Harrington, R. C. (1993). *Depressive disorder in childhood and adolescence*. Chichester, England: Wiley.

- Hartmann, T. (1993). Attention deficit disorder: A different perception. Lancaster, PA: Underwood-Miller.
- Herbert, M. (1991). Clinical child psychology: Social learning, development and behavior. Chichester, England: Wiley.
- Hinshaw, S. P. (1994a). Attention deficits and hyperactivity in children. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hoagwood, K., Jensen, P. S., & Fisher, C. B. (Eds.). (1996). Ethical issues in mental health research with children and adolescents. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hobson, R. P. (1993). Autism and the development of mind. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Howlin, P., & Rutter, M. (1987). Treatment of autistic children. New York: Wiley.
- Hsu, L. K. G. (1990). Eating disorders. New York: Guilford Press.
- Jaffe, P., Lemon, N., Sandier, J., & Wolfe, D. (1996). Working, together to end domestic violence. Tampa, FL: Mancorp.
- Jaffe, P., Wolfe, D. A., & Wilson, S. (1990). Children of battered women. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kagan, J., Rossman, B. L., Day, D., Albert, J., & Philips, W. (1964). Psychological Monographs, 78 (Whole No. 578).
- Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D. M., & Reznick, J. S. (1994). Galen's prophecy: Temperament in human nature. New York: Basic Books.
- Kamphaus, R. W. (1993). Clinical assessment of children's intelligence. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kanner, L. (1964). A history of the care and study of the mentally retarded. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kanner, L. (1973). Childhood psychosis: Initial studies and new insights. Washington, DC: V. H. Winston.
- Kaufman, J. M. (1989). Characteristics of children's behavior disorders (4th ed.). Columbus, OH: Merrill.
- Kaufman, M., Agard, J. A., & Semmel, M. E. (1985). Mainstreaming: Learners and their environment. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Kazdin, A. E. (1995). Conduct disorders in childhood and adolescence (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kazdin, A. E. (1998). Research design in clinical psychology (3rd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E. (2000). Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice. New York: Oxford University Press.
- Kendall, P. C. (Ed.). (1991a). Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures. New York: Guilford Press.
- Kennedy, P., Terdal, L., & Fusetti, L. (1993). The hyperactive child book. New York: St. Martin's Press.
- Kovacs, M. (1991). The children's depression inventory (CDI). North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- LaFreniere, P. J. (1999). Emotional development. New York: Wadsworth.
- Latham, P., & Latham, R. (1992). ADD and the law. Washington, DC: JKL Communications.
- Levine, M., & Levine, A. (1992). Helping children: A social history. New York: Oxford University Press.
- Lewis, M. (1992). Shame: The exposed self. New York: Free Press.
- Luria, A. (1961). The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior. New York: Liveright.
- Luthar, S. S. (1999). Poverty and children's adjustment. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Maguire, K., & Pastore, A. L. (1998). Source-book of criminal justice statistics 1997. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Malchiodi, C. A. (1998). Understanding children's drawings. New York: Guilford Press.
- Maloney, M., & Kranz, R. (1991). Straight talk about eating disorders. New York: Facts on File.
- March, J. S. (Ed.). (1995a). Anxiety disorders in children and adolescents. New York: Guilford Press.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (Eds.). (1998). Treatment of childhood disorders (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Maurice, C. (1993b). Let me hear your voice: A family's triumph over autism. New York: Fawcett Columbine.
- McArthur, D. S., & Roberts, G. E. (1982). Roberts Apperception Test for children. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miller, J. B. (1976). Toward a new psychology of women. Boston: Beacon Press.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mowrer, O. H. (1950). Learning theory and the personality dynamics. New York: Arnold Press.
- Nay, W. R. (1979). Multimethod clinical assessment. New York: Gardner Press.
- Offer, D., & Ostrov, E. (1981). The adolescent: A psychological self-portrait. New York: Basic Books.
- Olson, R. A., Mullins, L. L., Gillman, J. B., & Charley, M. (1994). The sourcebook of pediatric psychology. Boston: Allyn & Bacon.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). Antisocial boys. Eugene, OR: Castaha.
- Patton, M. Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.). Beverly Hills, CA: Sage.
- Pfeffer, C. R. (1986). The suicidal child. New York: Guilford Press.
- Radke-Yarrow, M. (1998). Children of depressed mothers: From early childhood to maturity. New York: Cambridge University Press.
- Rapoport, J. L. (1989). The boy who couldn't stop washing: The experience and treatment of obsessive-compulsive disorder. New York: Signet.
- Reed, E. W., & Reed, S. G. (1965). Mental retardation: A family study. Philadelphia: Saunders.
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1992). Neuropsychological evaluation of older children. Tucson, AZ: Neuropsychology Press.
- Roberts, M. C., & Hurley, L. K. (1997). Managing managed care. New York: Plenum.
- Robins, L. N. (1966). Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rosenthal, D. (1970). Genetic theory and abnormal behavior. New York: McGraw-Hill.
- Ross, D. M., & Ross, S. A. (1982). Hyperactivity: Current issues, research, and theory (2nd ed.). New York: Wiley.
- Rowe, D. C. (1994). The limits of family influence: Genes, experience, and behavior. New York: Guilford Press.
- Russell, D. E. H. (1986). The secret trauma. New York: Basic Books.
- Rutter, M., & Rutter, M. (1993). Developing minds: Challenge and continuity across the life span. New York: Basic Books.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1970). Education, health, and behavior. London: Longmans, Green.
- Sattler, J. M. (1988). Assessment of children (3rd ed.). San Diego, CA: Sattler.
- Schaefer, C. E. (1979). Childhood encopresis and enuresis. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Schiff, M., & Lewontin, R. (1986). Education and class: The irrelevance of IQ genetic studies. Oxford, England: Clarendon.
- Schlundt, D. C., & Johnson, W. G. (1990). Eating disorders: Assessment and treatment. London: Allyn & Bacon.
- Schopler, E., Mesibov, G. B., & Kuncie, L. J. (Eds.). (1998). Asperger syndrome or high-functioning autism? New York: Plenum.
- Schreier, H. A., & Libow, J. A. (1993). Hurting for love: Münchausen by proxy syndrome. New York: Guilford Press.
- Schroeder, C. S., & Gordon, B. N. (1991). Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide. New York: Guilford Press.
- Schwebel, A. I., & Fine, M. A. (1994). Understanding and helping families: A cognitive-behavioral approach. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Seife, I. (1977). Nadia: A case of extraordinary drawing ability in an autistic child. London: Academic Press.
- Seife, L. (1983). Normal and anomalous representational drawing ability in children. London: Academic Press.
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman.
- Selvini Palazzoli, M. P. (1974). Self-starvation. London: Chaucer.
- Shaffer, D. R. (1996). Developmental psychology: Childhood and adolescence (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Sidman, M. (1960). Tactics of scientific research: Evaluating experimental data in psychology. New York: Basic Books.
- Silverman, W. K., & Kurtines, W. M. (1996a). Anxiety and phobic disorders: A pragmatic approach. New York: Plenum.
- Skogan, W. G. (1990). Disorder and decline. New York: Free Press.
- Spock, B. (1995). Baby and child care. London: Bodley Head.
- Spreen, O., Risser, A. H., & Edgell, D. (1995). Developmental neuropsychology. New York: Oxford University Press.
- Stroh Becvar, D., & Becvar, R. J. (1988). Family therapy: A systemic integration. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Thatcher, R. W., Lyon, C. R., Rumsey, J., & Krasnegor, N. (Eds.). (1996). Developmental neuroimaging: Mapping the development of brain and behavior. San Diego, CA: Academic Press.

- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Vandereycken, W., & Van Deth, R. (1996). *From fasting saints to anorexic girls: The history of self-starvation*. New York: New York University Press.
- Vernon, P. (1979). *Intelligence: Heredity and environment*. San Francisco: Freeman.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). *Troubled families—problem children: Working with parents: A collaborative process*. New York: Wiley.
- Wechsler, D. (1989). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence*. San Antonio Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1991). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children—Third edition (WISC-III)*. New York: Psychological Corporation.
- Weiss, G., & Hechtman, I. T. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Weiss, I. (1992). *Attention deficit disorder in adults*. Dallas, TX: Taylor.
- Weisz, J. R., & Weiss, B. (1993). *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. Newbury Park, CA: Sage.
- Wolfe, D. A. (1991). *Preventing physical and emotional abuse of children*. New York: Guilford Press.
- Wolfe, D. A. (1999). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wolfe, D. A., Nayak, M. B., & Hassan, F. (in press). *Child abuse in peacetime*. In B. Greene, T. Keane, S. Solomon, & J. Fairbank (Eds.), *Psychosocial interventions for survivors of traumatic events: An international perspective*. NY: Kinwer Academic/Plenum.
- Wolfe, D. A., Wekerle, C., & Scott, K. (1997). *Alternatives to violence: Empowering youth to develop healthy relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wolfe, V. V., & Wolfe, D. A. (1988). *Sexual abuse of children*. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders (2nd ed., pp. 670-714)*. New York: Guilford Press.
- Wonderlich, S. (1992). *Relationship of family and personality factors in bulimia*. In J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfall, & M. A. P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context (pp. 103-126)*. Washington, DC: Hemisphere.
- Wong, B. Y. I., Harris, K. R., & Graham, S. (1991). *Academic applications of cognitive-behavioral programs with learning disabled students*. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures (pp. 245-275)*. New York: Guilford Press.
- Wood, F. B., Felton, R. H., Flowers, L., & Naylor, C. (1991). *Neurobehavioral definition of dyslexia*. In D. D. Duane & D. B. Gray (Eds.), *The reading brain: The biological basis of dyslexia (pp. 1-26)*. Parkton, MD: York Press.
- Woolston, J. L. (1989). *Eating disorders in infancy and early childhood*. In B. J. Blinder, B. F. Chaitin, & R. Goldstein (Eds.), *The eating disorders (pp. 275-285)*. New York: Spectrum Medical.
- Woolston, J. L. (1991). *Eating and growth disorders in infants and children*. Newbury Park, CA: Sage.
- Woolston, J. L., & Forsyth, B. (1989). *Obesity of infancy and early childhood: A diagnostic schema*. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology (Vol. 12, pp. 179-192)*. New York: Plenum.
- World Health Organization (1997, March). *Child abuse and neglect*. [On-line]. Available: <http://www.who.ch/programmes/inf/facts/facti50.html>.
- World Health Organization (1999, March). *Report of the consultation on child abuse prevention*. WHO, Geneva: Author.
- Wyman, P. A., Sandier, I. S., Wolchik, S., & Nelson, K. (in press). *Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention*. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandier, & R. Weisberg (Eds.), *The theory of wellness in children and adolescents*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yoritomo-Tashi. (1916). *Timidity: How to overcome it*. (M. W. Artois, Trans.). New York: Funk & Wagnalls.
- Zeizer, V. A. (1994). *Pricing the priceless child: The changing social value of children*. Princeton: Princeton University Press.
- Zentall, S. S. (1985). *A context for hyperactivity*. In K. Gadow & I. Bialer (Eds.), *Advances in learning and behavioral disabilities (Vol. 4, pp. 273-343)*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs (1994). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC: 0-3)*. Washington, DC: Author.
- Zigler, E., & Hodapp, R. (1986). *Understanding mental retardation*. New York: Cambridge University Press.