

КЛИНИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Thomas M. Achenbach,
David M. Ndetei

В этой главе представлены модели, которые позволяют провести различия между разнообразными типами поведенческих, эмоциональных и социальных проблем, встречающихся у детей (для краткости мы употребляем слова «ребенок», «дети» и «детство» для описания возраста от рождения до 18 лет). Используемое нами понятие «модели», включает в себя официальные нозологии (т.е. классификации расстройств), такие как Международная классификация болезней (МКБ) Всемирной организации здравоохранения и Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) Американской психиатрической ассоциации (2000). Мы применяем также понятие «модели» для описания альтернативных нозологий, таких как исправленная Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детском возрасте (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood – DC:0-3; Zero to Three, 2005), а также эмпирических моделей, основанных на данных, полученных при исследовании больших выборок детей.

Термин «модели» начал широко использоваться для обозначения систематизированных представлений явления. Это подразумевает, что определенные феномены могут быть представлены (т.е. смоделированы) разными способами. Это также предполагает, что разные модели определенных феноменов могут быть оценены скорее с позиции их практического использования для определенных целей, а не требования принудительного выбора одних моделей как хороших, а других как плохих. Так, например, относительно расстройств внимания в DSM могут использоваться критерии и термины, отличающиеся от тех, что приведены в МКБ, но обе эти классификации могут быть полезными для достижения разных целей и/или в разных системах оказания помощи.

Некоторые модели разработаны с целью представить взаимодействия между определенными феноменами без описания их причины. Другие – для того, чтобы представить причины феноменов. Представленные в этой главе клинические модели на современном этапе развития не включают в себя специфические причины поведенческих, эмоциональных и социальных проблем (в этой главе не рассмотре-

ны врожденное слабоумие или такие расстройства, как синдромы Дауна, Прадера-Вилли, Вильямса, а также фенилкетонурия, при которых генетические и физические причинные факторы хорошо известны – см. Главу С.1). Несмотря на то, что физические факторы достаточно часто влияют на многие поведенческие, эмоциональные и социальные проблемы, недостаточность знаний о специфических причинных связях свидетельствует о том, что клинические модели должны сфокусироваться на фенотипических характеристиках, которые могут распознать практикующие врачи, и с которыми они смогут работать. Для того, чтобы эффективно сотрудничать с врачами в целях улучшения понимания этиологии, последствий и результатов лечения исследователи должны пользоваться одинаковыми фенотипическими моделями, чтобы их работу можно было связать со случаями, которые наблюдают практикующие врачи.

МКБ и DSM

Поскольку МКБ-11 и DSM-5 все еще находятся в стадии разработки, мы не знаем подробностей о формате, категориях или критериях, используемых в этих классификациях. Следовательно, за основу нашей презентации мы возьмем те аспекты существующих моделей МКБ и DSM, которые могут найти свое продолжение в последующих пересмотрах.

Модели МКБ и DSM основаны на разработках экспертных комитетов, где проходит обсуждение категорий, которые будут в дальнейшем использованы, а также критериев, которые будут определять, соответствует ли индивид диагнозу, смоделированному каждой категорией. Эксперты изучают широкий диапазон клинических, административных, исследовательских данных, а также опыт служб здравоохранения. Проекты предлагаемых категорий и критериев распространяются повсеместно и открыты для комментариев, на основе которых и происходит пересмотр. Для проверки критериев могут проводить полевые исследования. Диагностические категории DSM-IV-R, касающиеся детского возраста, которые были определены исходя из поведенческих, эмоциональных и социальных проблем (например, проблем со вниманием, проблем поведения, проблем оппозиционного неповиновения, тревоги, депрессии), включают в себя список симптомов. Кроме того, для целого ряда симптомов из этого списка, они устанавливают диагностический порог, который должен быть преодолен для подтверждения диагноза (American Psychiatric Association, 2000). Дополнительные критерии включают длительность симптомов, возраст в котором они впервые появились, и динамику ухудшения состояния. Критерии одинаковы для детей всех возрастов и обоих полов. Критерии также одинаковы относительно к информации, полученной из разных источников, таких как родители, педагоги, сведения, полученные от детей, лабораторные исследования и клинические наблюдения. В случае противоречивости или несогласованности информации, полученной из разных источников (например, учителя сообщают о проблемах со вниманием, которых не замечают родители и сам пациент), врач должен в конечном итоге принять решение «да /нет» относительно соответствия всем диагностическим критериям. После этого он должен снова принять решение



ЭМИЛЬ КРЕПЕЛИН

(1856–1926) – предполагаемый отец психиатрической нозологии

Имя Эмиля Крепелина связывают с построением клинических моделей психопатологии, которые послужили основанием для психиатрических нозологий. Изучая медицину в Лейпцигском университете в 70-е годы XIX ст., Крепелин стал учеником Вильгельма Вундта – основателя экспериментальной психологии. Используя экспериментальные методы Вундта для исследования психологического функционирования пациентов, он включил психологические характеристики в свои клинические модели и написал докторскую диссертацию, посвященную психологии в психиатрии.

Первоначально Крепелин считал, что тщательное документирование разнообразных психопатологических фенотипов, в конце концов, приведет к открытию специфических заболеваний мозга, лежащих в основе каждого фенотипа. В 1883 году Крепелин опубликовал первое небольшое издание своего Компендиума по психиатрии, который в последующие 43 года переиздавался восемь раз, значительно увеличиваясь в размерах. Среди других достижений, имя Крепелина связано с разрушением старого представления о психозе, как единой категории и разделением его на подкатегории маниакально-депрессивных расстройств и dementia praecox (раннее слабоумие), которая позже была переименована в шизофрению. В более поздних изданиях своего

«да/нет» относительно того, соответствует ли состояние ребенка диагнозу.

Дименсиональные диагностические критерии DSM

В ходе подготовки DSM-5 Американской психиатрической ассоциацией была создана специальная комиссия, перед которой была поставлена задача рассмотреть возможности разработки «дименсиональных» (т.е. количественных) диагностических критериев. Комиссия опубликовала огромное количество материалов в поддержку измеряемости критериев различных диагнозов у детей и взрослых (Helzer и др., 2008). Тем не менее, до конца не ясно каким образом критерии DSM-5 могут быть представлены в дименсиональном виде. Существует вероятность, что критерии клинических диагнозов останутся в формате «да/нет», использованном в DSM-IV-TR, но отдельные исследовательские диагностические критерии будут до определенной степени дименсиональными.

Исследовательские диагностические критерии МКБ-10

МКБ-10, Классификация психических и поведенческих расстройств: диагностические критерии для исследований (World Health Organization, 1993) была дополнена исследовательскими критериями, которые первоначально были опубликованы для клинических диагнозов (World Health Organization, 1992). Исследовательские диагностические критерии МКБ-10 имеют сходство с критериями DSM-IV-TR, поскольку определяют симптомы и другие признаки, которые должны оцениваться по принципу «да/нет». Пользователи после принятия решения типа «да/нет» по каждому критерию, должны принять такого же типа решение в отношении того, соответствует ли ребенок определенному диагнозу.

Отличия между клиническими диагностическими критериями МКБ-10 и DSM

Клинические диагностические критерии МКБ-10 (World Health Organization, 1992) отличаются от критериев DSM-IV-TR тем, что им недостает четкого описания специфических симптомов, других признаков и правил принятия решений, необходимых для принятия суждений «да/нет» относительно того, соответствует ли ребенок определенному диагнозу. Эти две классификации существенно отличаются в описаниях диагностических категорий, а также самими категориями. Например, МКБ-10 содержит такие диагностические категории,

как расстройство сиблингового соперничества, гиперкинетическое расстройство поведения и расторможенное расстройство привязанности, отсутствующие в DSM-IV-TR.

МКБ и DSM-IV-TR отличаются еще и тем, как подразделяются определенные диагностические категории. Например, в DSM-IV-TR гиперактивное расстройство с дефицитом внимания подразделяется на тип с преимущественным нарушением внимания, преимущественно гиперактивно-импульсивный тип и смешанный тип. Тогда как наиболее сходная с гиперактивным расстройством категория в МКБ-10 – гиперактивное расстройство, не подразделяется на подкатегории, подобные тем, что описаны в DSM-IV-TR. С другой стороны, в МКБ-10 расстройство поведения подразделяется на расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи, несоциализированное расстройство поведения и социализированное расстройство поведения.

Несмотря на то, что в DSM-IV-TR в Приложении Н приведен перечень кодов МКБ-10 для многих диагностических категорий DSM, врачам-практикам не следует ожидать особой согласованности между диагнозами этих классификаций, даже в тех случаях, когда диагнозы DSM и МКБ имеют одинаковые номера кодов.

Компендиума Крепелин добавил психогенные расстройства, а также расстройства личности, которые, как он считал,



находятся на границе между патологией и особенностями темперамента. Как видно из карикатуры, нарисованной Крепелиным, он относился к психиатрическим диагнозам не слишком серьезно. Изображенная карикатура из юмористической газеты озаглавлена: «Психиатры Европы! Защищайте свои священные диагнозы!». Крепелин предостерегает психиатров, чтобы они не относились к диагнозам с чрезмерным благоговением.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДЛЯ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детском возрасте (DC:0-3) впервые была опубликована в 1994 году, после чего в 2005 году появилась исправленная и дополненная редакция (DC:0-3R) (Zero to Three, 1994, 2005). Ключевая цель заключалась в том, чтобы отреагировать «на отсутствие в системе DSM (1) достаточно полного описания синдромов, возникающих в раннем детстве, и требующих клинического внимания или (2) адекватного рассмотрения признаков расстройств раннего возраста, связанных с развитием» (Zero to Three, 2005, стр. 4). Как и в случае с DSM и МКБ, DC: 0-3 была разработана группой экспертов, предварительно обсудивших диагностические категории и критерии.

Оси DC:0-3R

Классификация включает следующие 5 диагностических осей:

- I. Клинические расстройства
- II. Классификация взаимоотношений
- III. Соматические и связанные с развитием расстройства и состояния
- IV. Психологические стрессоры
- V. Эмоциональное и социальное функционирование.

Некоторые из клинических расстройств оси I, такие как *посттравматическое стрессовое расстройство*, *тревожное расстройство*, *вызванное разлукой и генерализованное тревожное расстройство* имеют своих двойников в DSM-IV-TR. Однако, поскольку они разработаны для возраста от 0 до 3 лет, критерии DC:0-3R отличаются от критериев DSM-IV-TR и проиллюстрированы клиническими примерами для возраста 0-3. Другие расстройства, включенные в DC:0-3R не имеют прямых соответствий в DSM-IV-TR. Примерами могут быть такие из них, как *расстройство депривации/плохого обращения*, которое «возникает в контексте депривации или плохого обращения» (стр. 17); *затяжная реакция горя/тяжелой утраты*; *смешанное расстройство эмоционального выражения*, «при котором ребенок испытывает трудности в выражении соответствующих его стадии развития диапазона и интенсивности эмоций в течение, как минимум, двухнедельного периода» (стр. 27); и *гиперсенситивность*, касающаяся повышенной чувствительности к сенсорным раздражителям. Диагностическая категория, обозначенная как *мультисистемное расстройство развития*, разработана для детей в возрасте до двух лет, у которых отмечаются проблемы характерные для pervasive расстройства развития по классификации DSM-IV-TR.

Ось II DC:0-3 R – *Классификация взаимоотношений* не имеет аналога в DSM-IV-TR, но рассматривается как очень важная для детей раннего возраста. Основой классификации взаимоотношений в DC:0-3 R взята 100 бальная Глобальная шкала оценки взаимоотношений ребенок-родитель (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS)), с помощью которой клиницисты могут провести оценку взаимоотношений между ребенком и родителями. Показатель шкалы PIR-GAS в пределах 81–100 баллов указывает на *адаптированные взаимоотношения*, в пределах от 41 до 80 баллов, указывает на *возможность нарушенных взаимоотношений*, и от 0 до 41 баллов свидетельствует о *нарушенных взаимоотношениях*. В DC:0-3 R представлен также *Перечень проблем во взаимоотношениях*, с помощью которого клиницисты могут оценить качества взаимоотношений младенец-родители: чрезмерно контролирующие/недостаточно контролирующие; тревожные/напряженные, раздраженные/враждебные, вербально насильственные, физически насильственные и сексуально насильственные. По каждой из этих характеристик клиницистам, основываясь на оценке качеств поведенческих взаимодействий, эмоциональных отношений и степени психологической вовлеченности, необходимо указать: отсутствуют ли доказательства, имеются ли доказательства, требующие дальнейшего исследования, или имеются ли существенные доказательства.

Ось V DC:0-3 – *Эмоциональное и социальное функционирование* можно до некоторой степени рассматривать как аналог оси V DSM-IV-TR – Глобальная оценка функционирования. Однако, в V оси DSM-IV-TR для оценки психологического, социального и профессионального функционирования используется единая 100-бальная шкала. Тогда как в V оси DC:0-3 клиницисты пользуются 6-бальной шкалой для оценки следующих способностей эмоционального и социального функционирования (стр. 62):

- Внимание и регуляция
- Формирование взаимоотношений/взаимные контакты
- Начальное двухстороннее общение

- Сложные жесты и решение проблем
- Использование символов для выражения мыслей и чувств
- Логическое объединение символов/абстрактное мышление

Ось III – *Соматические и связанные с развитием расстройства и состояния* и ось IV – *Психологические стрессоры* DC:0-3R, представляют собой грубую аналогию оси III – *Общее физическое состояние* и оси IV – *Психосоциальные проблемы и проблемы окружающей среды* DSM-IV-TR, хотя содержание и клинические примеры в DC:0-3R специфичны для возраста от 0 до 3 лет.

Для практикующих врачей, работающих с младенцами и детьми раннего возраста важно, что классификация DC:0-3R затрагивает несомненно более существенные аспекты функционирования, проблемы и элементы, чем МКБ или DSM-IV-TR. Тем не менее, для того чтобы использовать по назначению пять осей DC:0-3R, требуется всестороннее обучение врачей-практиков, равно как и широкое взаимодействие в разных условиях с каждым ребенком, и лицами, осуществляющими за ним уход. Для того чтобы определить, как обучать практикующих врачей достаточно надежно, достоверно и эффективно использовать DC:0-3R необходимы дальнейшие научные исследования.

РАЗНОГЛАСИЯ МЕЖДУ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ МОДЕЛЯМИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКОЙ

Нозологии МКБ, DSM, и DC:0-3 предназначены для реализации концепций расстройств, над которыми работали многие эксперты. За исключением стандартизированных когнитивных тестов, позволяющих определить, отвечает ли ребенок критериям диагностики врожденного слабоумия или расстройств развития, эти нозологии не определяют процедур клинической оценки, которые могли бы послужить основой для принятия решения по каждому критерию диагностики отдельных расстройств. Так, например, в DSM-IV-TR в числе критериев диагностики СДВГ перечислены девять симптомов невнимательности (например, «часто забывчив в повседневной деятельности») и девять симптомов гиперактивности-импульсивности (например, «часто болтлив»). Чтобы ребенок отвечал критериям диагностики СДВГ, врач должен принять решение, что как минимум шесть из девяти симптомов, хотя бы из одного списка «присутствовали на протяжении шести месяцев» и были настолько выражены, что не способствовали адаптации ребенка и были несовместимы с его стадией развития». Врач также должен прийти к выводу, что некоторые симптомы приводили к нарушениям еще до того, как ребенок достиг семилетнего возраста, и что симптомы в настоящее время приводят к нарушениям, как минимум, в двух сферах (например, дома и в школе), и что существуют четкие доказательства «клинически значимых нарушений в социальном, учебном или профессиональном функционировании» (American Psychiatric Association, 2000, с. 92–93).



Одетый в униформу почтальон с ребенком в сумке (ок. 1900 г.)

Этот почтальон позирует для юмористической фотографии с маленьким мальчиком в сумке. После того как в США в 1913 году начала работать почтовая служба, рассылающая посылки, по меньшей мере, двое детей были пересланы с помощью этой службы. С прикрепленными к одежде почтовыми штемпелями дети отправлялись по железной дороге и затем с городским почтальоном к пункту назначения. Узнав об этих случаях, Генеральный почтмейстер незамедлительно утвердил правило, запрещающее пересылку детей почтой.

(Национальный почтовый музей США)

Для того чтобы поставить ребенку диагноз, практикующий врач должен решить, какую он должен получить информацию для принятия решения «да/нет» по каждому критерию для всех возможных у ребенка расстройств, а также как получить такую информацию, и от кого. В большинстве случаев врач может опросить ребенка и, как минимум, одного из родителей. Однако время для такого опроса дорого стоит и его зачастую недостаточно, для того чтобы оценить все потенциально значимые критерии. Может возникнуть ситуация, когда по каждому сообщаемому симптому ребенок и его родители не могут точно сказать, приводил ли этот симптом к нарушению в возрасте до 7 лет и является ли он сейчас причиной нарушений, по меньшей мере, в двух сферах.

Если ребенок посещает школу, врач обычно хочет получить информацию от его учителей, чтобы иметь полную картину о его функционировании в школе. Фактически, для того чтобы принять решение, отвечает ли ребенок критериям диагностики СДВГ, врачу необходимо знать, являются ли причиной нарушений в условиях школы по меньшей мере 6 из 9 симптомов из одного или обоих перечней. Поскольку учителя часто являются инициаторами направления к врачу, и в связи с тем, что многие из проблем ребенка мешают нормальному функционированию в школе, вклад учителей может оказаться ценным во многих отношениях, кроме необходимости принятия решения, являются ли определенные симптомы причиной нарушений в школе. Поскольку практикующим врачам редко удается опросить учителей,

необходимы другие методы получения информации от них.

Те или иные методы оценки, результаты опросов родителей, детей и учителей часто отличаются в том, что касается критериев требуемых для диагностики (De Los Reyes, 2011). Следовательно, может оказаться, что практикующим врачам будет нелегко принимать диагностические «да/нет» решения, исходя из противоречивой информации из разных источников. Врачи могут также испытывать затруднения из-за того, что в нозологиях не определены точно процедуры оценки поведенческих, эмоциональных и социальных проблем в разных типах окружающей среды, а также из-за пробелов в том, что способны сообщить родители, дети и учителя и диагностическими требованиями для принятия «да/нет» решений. Вследствие этого, практикующим врачам нужны практические методы для оценки проблем у детей в разных окружающих условиях, и для того, чтобы справляться с противоречиями между разными источниками информации.

Стандартизированные диагностические интервью

Для того чтобы получить от информантов оценочные данные, позволяющие определить их соответствие диагностическим критериям, разработаны разнообразные стандартизированные диагностические интервью (*standardized diagnostic interview* – SDI). Некоторые из этих SDI имеют параллельные версии для использования у детей, так и у родителей, обычно согласованность между диагнозами выставленными на основании детских и взрослых интервью низкая.

Среди SDI, используемых для диагностики у детей, вероятно, наиболее широко распространенной является Порядок диагностического интервью для детей (*Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC; Shaffer и др., 2000)). Он включает в себя строго специализированные вопросы, требующие ответа «да/нет», таким образом, чтобы соответствовать диагностическим критериям DSM. Поскольку основой для принятия решения – удовлетворяет ли состояние ребенка каждому критерию, являются ответы «да/нет», высокоструктурированные SDI такие, как DISC называют интервью «основанными на информации, полученной от респондента». Для того, чтобы провести DISC не нужны ни клинические навыки, ни клинические суждения. Тем не менее, чтобы научиться правильно задавать вопросы, фиксировать ответы и гибко реагировать на ситуации, когда ответы нельзя четко кодировать как «да» или «нет», необходимо интенсивное обучение. Чтобы охватить все критерии для симптомов, нарушений, проявлений, наблюдаемых в многообразных условиях, при разной длительности, возрасте, в котором они впервые появляются и т.п., для всех диагнозов DSM, относящихся к детям, DISC содержит в себе тысячи вопросов. Существуют опции «пропуска» или возможность опустить некоторые вопросы, если существует вероятность, что ребенок не соответствует критериям тех или иных диагнозов. Чтобы провести опрос с помощью DISC обычно требуется около часа для каждого информатора (например, каждого ребенка и родителя), и эта процедура может занять несколько часов в том случае, если у ребенка одновременно есть несколько проблем.

Кроме SDI, основанных на информации от респондента, существует второй тип диагностических интервью, известных, как «опирающиеся на интервьюера». SDI этого типа должны проводиться клинически подготовленными интервьюерами, которые способны формулировать полуструктурированные вопросы наиболее подходящим образом для каждого опрашиваемого. Интервьюеры должны быть обучены судить о том, указывают ли реакции опрашиваемых на то, что ребенок удовлетворяет или не удовлетворяет каждому из критериев для каждого диагноза. Наиболее широко распространенным интервью этого типа является Список вопросов для выявления аффективных расстройств и шизофрении у детей (*Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS; Kaufman и др., 1997))

К третьему типу SDI относятся интервью, в которых сочетаются аспекты двух приведенных выше типов. Примером такого интервью может быть Оценка развития и благополучия (*Development and Well-being Assessment* (DAWBA; Goodman и др., 2000)). DAWBA представляет собой структурированное интервью для проведения опроса родителей и детей в возрасте от 11 до 16 лет. Это интервью содержит в себе некоторые открытые вопросы, которые задают в зависимости от реакции на

структурированные вопросы. Используется также краткий вопросник для получения данных от учителей. Данные, полученные от родителей, учителей и детей вносятся в компьютерную программу, которая генерирует вероятные диагнозы. Затем опытные клинические эксперты оценивают выводы, сделанные компьютером, и решают принять или отвергнуть сгенерированные им диагнозы.

Связь между стандартизированными диагностическими интервью и клиническими диагнозами

В настоящее время SDI широко используются в исследованиях расстройств, как у детей, так и у взрослых. Таким образом, многие из опубликованных результатов исследований о связи между диагнозами и другими характеристиками основаны на диагнозах, поставленных с помощью SDI. Однако из-за времени и средств, необходимых для обучения интервьюеров и проведения SDI, они редко используются в клинической практике. Мы, следовательно, должны спросить, будут ли диагнозы, поставленные с использованием SDI, идентичными диагнозам, полученным с помощью клинической оценки? Чтобы ответить на этот вопрос был проведен мета-анализ результатов 38 исследований, в которых сообщалось о согласованности между диагнозами, поставленными с помощью SDI и с использованием клинической оценки у одних и тех же пациентов (Rettew и др., 2009). Согласованность была выражена в проценте случаев, в которых был выставлен одинаковый диагноз с помощью SDI и клинической оценки. Для поправки на случайность была использована каппа-статистика (Cohen, 1960). Согласованность между диагнозами, выставленными детям с помощью SDI и с использованием клинической оценки, составила в среднем 39%, после поправки на случайность. Другими словами, применение SDI и клинической оценки привело в 39% случаев к одинаковым, и в 61% к разным диагнозам у детей. Процент согласованности варьировал в значительной степени в зависимости от диагноза с низким показателем, составившим 19% в случае генерализованного тревожного расстройства, и высоким – 86% при нервной анорексии (чтобы получить достаточно большие цифры, данные от детей и взрослых были объединены при компьютерной обработке этих процентных отношений). Для некоторых расстройств, таких как нервная анорексия, высокий уровень согласованности указывает на то, что результаты SDI можно использовать для постановки клинических диагнозов. Однако низкий уровень согласованности для других диагнозов, таких как генерализованное тревожное расстройство, указывают на обратное – данные, полученные с помощью SDI нельзя использовать по отношению к клиническим диагнозам.

Поскольку для постановки диагнозов, о которых сообщается в опубликованных исследованиях, были использованы разные SDI, нужно также спросить совпадали ли у детей диагнозы, полученные с помощью разных SDI. Удивительно мало исследований было посвящено этому важному вопросу. Из того, что было опубликовано в отношении детей, мы располагаем только данными о согласованности между диагнозами, выставленными с помощью наиболее широко используемых SDI. Только 3% диагнозов, выставленных на основании использования интервью DISC у детей и их родителей, совпали с диагнозами, выставленными с помощью опросника

K-SADS у тех же детей и их родителей (Cohen и др., 1987). Таким образом, для многих детей мы не можем ожидать того, что разные SDI приведут к одинаковым диагнозам, а также то, что использование SDI приведет к тем же диагнозам, что и клиническая оценка.

Инструменты для оценки проблем, возникающих у детей

Для того чтобы облегчить практическим врачам получение информации от родителей, учителей и детей, были разработаны разнообразные стандартизированные инструменты оценки. Многие из этих инструментов предназначены для самостоятельного заполнения людьми, которые умеют читать, но они также могут быть выполнены непрофессиональными интервьюерами, которые сначала громко вслух зачитывают вопросы и заносят ответы респондентов в оценочные формы или вводят в компьютер. Просмотрев данные, полученные с помощью оценочных инструментов, заполненных одним или обоими родителями, практический врач может затем использовать драгоценное время своего интервью для того, чтобы сконцентрироваться на проблемных зонах, выявленных с помощью этих результатов, и на вопросах, которые не были охвачены оценочными инструментами. Используя инструменты, содержащие параллельные формы, заполненные родителями, учителями и детьми, врач может сравнить результаты, позволяющие выявить согласованность и разногласия. Затем он может прибегнуть к интервью и другим средствам для дальнейшего обследования. Использование параллельных оценочных инструментов, заполненных родителями, учителями и детьми позволяет практическому врачу получить и сравнить огромное количество информации от разных информантов, затратив при этом небольшое количество времени. Существуют также оценочные инструменты для заполнения лицами, осуществляющими уход за детьми младшего возраста в специализированных учреждениях, а также специалистами, оценивающими поведение детей в групповых условиях, таких как школьный класс, и практикующими врачами, которые проводят клинические интервью и/или стандартизированные тесты способностей (Achenbach, 2009).

Элементы, в некоторых оценочных инструментах, почти полностью соответствуют критериям симптомов, приведенным в официальных нозологиях. Так, например, в *Оценочной шкале СДВГ* (ADHD Rating Scale (Du Paul et al, 1998), состоящей из 18 элементов, девять соответствуют критериям симптомов дефицита внимания и девять критериям симптомов гиперактивности – импульсивности СДВГ по классификации DSM-IV-TR. Однако в отличие от критериев классификации в *Оценочной шкале СДВГ* каждый элемент оценивается как: 0 = встречается редко или никогда, 1 = иногда, 2 = часто, или 3 = очень часто. Баллы суммируются, чтобы вывести общий показатель из разрозненных шкал, содержащих элементы, касающиеся дефицита внимания и гиперактивности – импульсивности. В США были установлены клинические точки распределения показателей по шкалам, полученных из оценок родителями и учителями в выборках детей. Таким образом, признаки практически совпадают с критериями симптомов DSM-IV-TR, от экспертов, оценивающих испытуемых, не требуется ответов «да/нет», и практические врачи могут видеть, в какой степени пока-

затели по шкалам соответствуют стандартным распределениям аналогичных показателей и точкам разделения распределений этих показателей.

Другие оценочные инструменты также сконцентрированы на определенных диагностических категориях, таких как СДВГ, но кроме этого включают дополнительные проблемы, как, например, *Модифицированная оценочная шкала Коннерса* (Conners Rating Scales-Revised (CRS-R; Conners, 2001)). Другие оценочные инструменты, по-прежнему, включают много разнообразных признаков, которые оцениваются по шкалам, созданным путем объединения статистического анализа и мнений авторов, относительно того, какие признаки к какой шкале отнести. Так, например, опросник *Сильные стороны и трудности ребенка* (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997)), включает 25 признаков, которые оцениваются по 5 шкалам, разработанным самим автором. *Система оценки поведения детей – 2* (Behavior Assessment System for Children-2 (BASC-2; Reynolds & Kamphaus, 2004)) представляет собой более обширный инструмент, в котором используется целый ряд шкал, основанных на сочетании статистического анализа и мнения автора о том, какие признаки оценивать и по каким шкалам. Инструменты, такие как *Оценочная шкала СДВГ CRS-R, SDQ, и BASC-2*, полезны в плане проведения оценки показателей разнообразных проблем информантов, но они не закрывают брешь между клинической оценкой и нозологическими моделями в большей степени, чем это делают SDI.

КЛИНИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ, ВЫВЕДЕННЫЕ ИЗ ШКАЛЬНЫХ ОЦЕНОК ДЕТСКИХ ПРОБЛЕМ

Нозологические модели разработаны, главным образом, посредством процедур «сверху – вниз». Другими словами, составление нозологических моделей стартовало «наверху» с разработки диагностических категорий, предложенных экспертами. Затем для каждой категории разработали критерии, позволяющие определить, соответствует проблема ребенка этой категории. Несмотря на то, что для корректировки некоторых критериев были использованы предложения от других экспертов и результаты полевых исследований, диагностические категории и критерии не выводятся из данных фактических выборок у детей. Более того, диагностические критерии одинаковы для мальчиков и девочек, всех возрастов, независимо от источников информации, и для разных обществ.

Точно также, как могут сосуществовать разные нозологические модели, альтернативные виды моделей могут сосуществовать с нозологическими. Одна из альтернатив появилась в результате применения процедур «снизу – вверх» для получения клинических моделей на основе оценки большого количества детей. Это было осуществлено с помощью оценки родителями, учителями и детьми разнообразных проблем у тысяч детей, направленных в психиатрические учреждения, и тысяч детей, отобранных в общих популяциях. Проблемы оценивались как: 0 = неверно, 1 = отчасти и иногда верно, и 2 = абсолютно верно или чаще верно (Achenbach и Rescorla, 2000; 2001). Признаки были многократно отобраны и улучшены на

основе предложений, поступивших от врачей, практикующих в сферах связанных с психическим здоровьем, а также изучения проблем, зафиксированных у детей, направленных в психиатрические учреждения, и анализа оценок и предложений, высказанных родителями, учителями и детьми в отношении успешных тестируемых вариантов оценочных инструментов. Окончательные группы признаков были отобраны, скорее исходя из их способности в значительной степени проводить различия между детьми, которые были направлены в психиатрические учреждения или службы, занимающиеся специализированным (коррекционным) обучением и похожими в демографическом отношении с группами детей, которые не были направлены в такие учреждения. Важными критериями сохранения в перечне признаков были следующие: а) эти признаки должны быть понятны и доступны оценке родителями, учителями и/или детьми, б) они достигли значительно более высоких показателей среди детей направленных в психиатрические учреждения, чем в демографически подобной группе не направленных детей.

Несмотря на то, что многие из признаков имели свои аналоги среди нозологических критериев, были и такие, которые, как оказалось, позволяли проводить различия между детьми направленными и не направленными, даже если и не входили в число нозологических критериев. Не менее важно и то, что признаки были сформулированы таким образом, чтобы родители, учителя и дети могли их оценить, а не в терминах нозологических критериев, которых родители, учителя и дети могли не понимать. Окончательная версия инструментов может быть заполнена в течение 15 минут, и включает оценку, как проблем, так и способностей. В число инструментов входят *Перечень оценки поведения детей* (Child Behavior Checklist) для двух возрастных групп: от 1,5 до 5, и от 6 до 18 лет, *Опросный лист опекуна-учителя* (Caregiver-Teacher Report Form) для возраста от 1,5 до 5 лет и *Опросный лист учителя* (Teacher's Report Form) для возраста от 6 до 18 лет, а также *Самоотчет для подростков* (Youth Self-Report) для возраста от 11 до 18 лет (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001).

Модели синдромов

После того как были разработаны оценочные инструменты, результаты оценки тысяч детей были подвергнуты статистическому анализу с целью идентификации фактических моделей (т.е. синдромов) проблем, имеющих тенденцию к совместно-возникновению. Синдромам были даны имена, содержавшие их составляющие проблемы. Для возраста 6-18 лет синдромы обозначены как *тревога/депрессия*, *замкнутость/депрессия*, *соматические жалобы* (без известной медицинской причины), *социальные проблемы*, *проблемы с мышлением*, *проблемы со вниманием*, *поведение с нарушением норм*, *агрессивное поведение*. Аналоги некоторых из этих синдромов были выявлены для возраста 1,5 – 5 лет, но также были обнаружены синдромы, обозначенные как *эмоционально реактивный* и *проблемы со сном*. Набранные детьми баллы по каждому из синдромов были суммированы, при этом каждый признак оценивался по шкале 0-1-2. Для того чтобы облегчить практикующим врачам сравнение детей с их сверстниками, не направленными на лечение или обследование, общие баллы по синдромам представлены в профилях по сравнению с нормальными

ми показателями и в зависимости от возраста и пола, типа информанта (родитель, учитель, сам ребенок) и значимого общества (объясняется дальше).

Дополнительный статистический анализ выявил связь между подгруппами синдромов, обозначенных как *интернализированные* (тревога, депрессия, социальная изоляция, соматические жалобы), и *экстернализированные* (нарушение правил и агрессивное поведение). Показатели интернализации и экстернализации рассчитаны путем суммирования баллов, полученных при оценке включенных в эти широкие группы признаков по шкале 0-1-2. Показатель *общие проблемы* был рассчитан путем суммирования баллов, полученных при оценке всех признаков проблем в списке. Показатели интернализации, экстернализации и общих проблем показаны в профилях в соотношении с нормой в зависимости от возраста и пола ребенка, типа информанта и соответствующего общества.

DSM-ориентированные шкалы

Элементы оценочных инструментов были отобраны посредством процедур «снизу – вверх», которые начинались с оценки детей, а не «сверху – вниз», когда сначала разрабатываются диагностические категории. Тем не менее, некоторые их проблемных признаков имеют аналоги среди диагностических критериев, а некоторые из статистически установленных синдромов включали в пункты, схожие с проблемами определенных диагностических категорий. Например, *синдром проблем со вниманием* включает многие из признаков аналогичных критериям диагностики СДВГ. Более того, были выявлены значимые связи между определенными диагнозами и высокими баллами по установленным синдромам (Achenbach и Rescorla, 2001).

Для того чтобы помочь практическим врачам понять связи между диагностическими категориями и данными, полученными с помощью оценочных инструментов, экспертов в области психиатрии и психологии – из разных культур попросили указать пункты из оценочных инструментов, которые, по их мнению, в высокой степени согласовывались с диагностическими критериями DSM-IV-TR. Затем признаки, указанные большим количеством экспертов для отдельных диагностических категорий были сгруппированы в DSM-ориентированные шкалы, соответствующие этим категориям. Для возраста 6 – 18 лет DSM-ориентированные шкалы названы, как *аффективные проблемы, проблемы с тревогой, соматические проблемы, проблемы дефицита внимания – гиперактивности, оппозиционные проблемы неповиновения, проблемы с поведением*. Для возраста 1,5 – 5 лет на основании решений экспертов были разработаны некоторые DSM-ориентированные шкалы, аналогичные возрасту 6 -18 лет, а также шкалы определенные как *проблемы с нарушением общего развития* (Achenbach и Rescorla, 2000). Оказалось, что с помощью этой шкалы можно было выявить детей с диагнозом расстройств аутистического спектра (Muratori и др., 2011; Sikora и др., 2008). Показатели по каждой из DSM-ориентированной шкал рассчитываются путем суммирования баллов в диапазоне 0-1-2 по включенным в них проблемным признакам. Чтобы дать возможность практическим врачам сравнить показатели обследуемых ими детей с показателями, полученными от их сверстников, не направленных в психиатрическое учреждение, показатели шкал

отображены в профилях в сравнении с показателями по возрасту, полу и типу информанта, как показано на Рисунке А.3.1, где изображены результаты самооценки 16-летнего Ричарда (имя вымышлено). Таким образом, DSM-ориентированные шкалы, шкалы для синдромов и соответствующие им профили представляют собой альтернативные модели для понимания и использования проведенных информантами оценок поведенческих, эмоциональных и социальных проблем детей на основе одинаковых оценочных инструментов.

Сравнения между информантами

Поскольку родители, учителя и сами дети обращают внимание на разные аспекты функционирования детей, часто обнаруживаются противоречия между проблемами, о которых сообщают разные информанты. Если такие противоречия выявляются, возникает соблазн прийти к заключению, что один из информантов прав, тогда как другой ошибается. Тем не менее, разные информанты могут сообщать полезную информацию о том, как по-разному ребенок функционирует в разных контекстах и с разными людьми. Расхождение в сообщаемых информантами данных может также отражать различия в восприятии и оценках функционирования детей. Эти различия необходимо рассмотреть при принятии решения относительно того, нуждается ли ребенок в психиатрической помощи, помощи какого типа, и как родители, учителя и ребенок могут участвовать в предоставлении таких услуг.

Для того чтобы помочь практическим врачам в обнаружении сходств и различий между проблемами, о которых сообщают родители, учителя и дети, использовалась компьютерная программа, позволяющая параллельно выводить на экран монитора показатели по шкале в диапазоне: 0-1-2 для каждого проблемного признака в любых комбинациях максимум для восьми информантов. Параллельное отображение показателей позволяет практическому врачу быстро идентифицировать проблемы, подтверждаемые всеми информантами, проблемы, не подтверждаемые ни одним из информантов, и проблемы, подтверждаемые некоторыми из информантов. Примером могут служить проблемы, наличие которых подтверждают только учителя, в данном случае это позволяет предположить, что эти проблемы специфичны для школьного контекста. С другой стороны, если наличие проблем подтверждают только родители, то это может говорить о том, что они специфичны для семейного контекста.

В дополнение к параллельному выведению на экран показателей по проблемам, компьютерная программа отображает также диаграммы синдромов и DSM-ориентированных шкал, составленных по результатам оценок, проведенных каждым информантом. Например, Рисунок А.3.2. отображает диаграммы DSM-ориентированных шкал, составленные по результатам оценки 16-летнего Ричарда его матерью, учителем и им самим. Просмотрев диаграммы, врач может быстро увидеть не превышают ли какие-либо из показателей границы клинического диапазона (между двумя прерывистыми линиями), или они находятся в пределах клинического диапазона (выше верхней прерывистой линии). Таким образом, врач может также увидеть имеются ли важные различия по показателям, полученным от разных информантов.

Мульти-культуральное применение

Модели МКБ, DSM и DC:0-3R были протестированы только в небольшой группе культур. Следовательно, многое остается неизученным относительно того, насколько хорошо их критерии симптомов, диагностические группы, диагностические пороги (т.е. количество симптомов, необходимых для постановки диагноза) и другие свойства применимы по отношению к детям в разных обществах, где нозологии не были протестированы. Так как существует вероятность, что в МКБ-11 и DSM-5 будут внесены существенные изменения, остается надеяться, что проекты новых критериев пройдут мульти-культуральное тестирование до того, как будет готов окончательный вариант.

В то же время, клинические модели, выведенные из данных, полученных при оценке проблем у детей в возрасте от 1,5 до 18 лет, были протестированы в 47 обществах, а переводы оценочных инструментов доступны на 86 языках, приведенных в Таблице А.3.1. Модели синдромов были протестированы путем статистически обработанных оценок десятков тысяч детей, проведенных родителями, учителями, лицами, осуществляющими дневной уход за детьми, а для возраста от 11 до 18 лет также и самими детьми (Achenbach и Rescorla, 2012). Почти все анализы подтвердили модели синдромов, которые были первоначально выведены из оценок англоязычных детей из Австралии, Ямайки, Соединенного Королевства и США. Результаты свидетельствуют о том, что модели сочетающихся проблем, воплотившихся в синдромах, полученных в результате использования инструментов для оценок, проводимых родителями, учителями и самими детьми, были выявлены также и в других обществах.

Чтобы ввести нормы, которые можно использовать по отношению к детям в 47 разных обществах, было проведено сравнение распределения показателей общих проблем в выборках детей из всех обществ. На основании этих сравнений были определены общества с относительно высоким, средним и низким уровнем этих показателей. Для того чтобы дать возможность практическим врачам сравнить данные, полученные при обследовании детей с показателями их сверстников в соответствующем обществе, были разработаны нормы соответственно для обществ с высокими, средними и низкими показателями. Три комплекта мульти-культуральных норм доступны в компьютерной версии, позволяющей практическим врачам сравнивать синдром ребенка и DSM-ориентируемые, интернализированные, экстернализированные показатели, а также показатели общих проблем в соотношении с нормами соответствующего общества, а также в зависимости от возраста, пола ребенка и типа информанта.

ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ

В данном разделе мы кратко представили несколько моделей, позволяющих разграничить разнообразные поведенческие, эмоциональные и социальные проблемы у детей. На современном этапе развития психиатрической науки ни одна из моделей не может быть признана абсолютно корректной, а все остальные, при этом, ошибочными. Наоборот, разные модели могут иметь свои сильные и слабые

стороны, в зависимости от целей, каким они служат. Следовательно, в обозримом будущем, может оказаться полезным подход с использованием многих моделей для проведения сбора и обработки клинических данных, необходимых для основанной на доказательствах практики.

Модели поведенческих, эмоциональных и социальных проблем у детей, вошедшие в DSM и МКБ, представляют собой составные элементы нозологий, которые охватывают многие типы проблем, наблюдающихся в продолжение всей жизни. Подобно моделям для других возрастных групп, модели для детей включают диагностические категории, предложенные экспертами, которые кроме того детально изложили критерии, позволяющие определить какие категории каким проблемам соответствуют. Критерии требуют принятия одинаковых «да/нет» решений по отношению к детям, независимо от их пола, возраста и культурного происхождения, равно как и с использованием данных из разных источников. Оценивая DSM-IV и МКБ-10, один из наиболее известных в мире детских психиатров Sir Michael Rutter (2011) пришел к выводу, что «существует слишком много диагнозов, и нелепо высокий показатель предполагаемой коморбидности» (стр. 647), и что «использование дименциональности могло бы снизить уровень ложной предполагаемой коморбидности» (стр. 655).

Как МКБ и DSM, DC:0-3R представляет собой нозологию, категории которой были предложены экспертами, которые точно также определили критерии, позволяющие установить, каким детским проблемам эти категории соответствуют. Тем не менее, DC:0-3R отличается от МКБ и DSM тем, что была разработана для того, чтобы лучше охватить наблюдаемые в раннем детстве синдромы и особенности развития. Еще одним отличительным признаком DC:0-3R от МКБ и DSM является то, что в ней представлены шкалы для оценки взаимоотношений между младенцами и родителями, которые считаются особенно важными для понимания проблем детей самого раннего возраста.

Отсутствие в МКБ и DSM точно определенных процедур для оценки поведенческих, эмоциональных и социальных проблем послужило стимулом для разработки разнообразных SDI. Учитывая необходимость в получении данных не только от детей, а также и от родителей, SDI, разработанные для диагностики детей, содержат также интервью для родителей. Некоторые SDI включают опросники для учителей. Однако, различия в сведениях сообщаемых родителями, учителями и детьми усложняют принятие «да/нет» решения по каждому диагностическому критерию.

Поскольку SDI широко используются для постановки диагнозов в исследовательских целях, во многих публикациях, посвященных проблемам диагностики, приводятся данные, полученные с помощью использования SDI. Тем не менее, из-за того, что применение SDI требует интенсивного и продолжительного обучения, использование их в клинической практике ограничено. Следовательно, возникает вопрос: можно ли результаты исследований для диагнозов, полученных с помощью SDI, применить к диагнозам, выставленным на основании клинических оценок. Мета-анализ указывает на высокую согласованность между определенными диагнозами, такими как нервная анорексия, выставленными с помощью SDI и с использованием клинических оценок, но в то же время на низкий уровень согласованности

В Кении в одно из лечебных учреждений мама привела своего восьмилетнего сына. Около двух лет назад она заметила, что он стал очень беспокойным и другие дети не хотят играть с ним. Кроме того он стал очень рассеянным и нуждался в постоянном надзоре. Нанимаемые мамой домработницы часто отказывались от работы, так как не могли с ним справиться. Он непрерывно причинял себе вред, включая ушибы, переломы и ожоги. Его учителя жаловались, что он был очень невнимательным, плохо писал и не выполнял своих заданий. Он выкрикивал ответы, когда его не спрашивали, и постоянно нарушал дисциплину в классе. Несмотря на то, что производил впечатление сообразительного, он легко отвлекался и на переменах, был драчливым, все время стараясь быть в центре детских игр. Он терял школьный инвентарь, из-за чего матери приходилось часто посещать школу с тем, чтобы возместить потерянное имущество и присутствовать на собраниях, посвященных нарушению дисциплины.

Для проведения оценки данных на основе использования модели, матери было предложено заполнить Родительскую оценочную шкалу Коннера (Conners Parent Rating Scale (CPRS)). Основываясь на полученных показателях по множественным проблемным шкалам CPRS, данных анамнеза от матери, и короткой сессии с мальчиком, врач-педиатр порекомендовал показать мальчика психиатру, чтобы провести более тщательную оценку его состояния, которую не могло провести их местное лечебное учреждение.

Когда психиатр осматривал его, то обратил внимание, что мальчик выглядел ухоженным, но в разных частях тела у него были кровоподтеки на разных стадиях заживления. Похоже было, что эти кровоподтеки были скорее всего результатом многократных падений и столкновений с острыми предметами, а не нанесенных другими людьми ударов, однако, он заявлял, что дома его часто наказывали за плохое поведение, и просил врача сказать об этом родителям. Оценка психического статуса показала, что он хорошо ориентировался в пространстве и времени, обладал

для таких распространенных диагнозов, как генерализованное тревожное расстройство. По всем диагнозам, подвергнутым мета-анализу, после поправки на случайность, использование SDI и клинической оценки привело к одинаковым диагнозам в 39% случаев, и к разным в 61%.

В дополнение к SDI, позволяющим принять «да/нет» решение в отношении каждого диагностического критерия, были разработаны другие инструменты для оценки проблем, возникающих у детей. Некоторые оценочные инструменты содержат признаки, соответствующие критериям симптомов конкретной диагностической категории, такой как СДВГ. Другие включают в себя более многообразные элементы, которые могут соответствовать определенным диагностическим критериям, но не включают однозначные аналоги диагностических категорий.

Другой подход в разработке клинических моделей заключается в использовании процедуры «снизу-вверх», т.е., начиная с оценок информантами разнообразных проблем, наблюдающихся у тысяч детей. Затем эти оценки подвергаются статистической обработке, с целью выявления синдромов сопряженных проблем. Для дальнейшего использования в клинической оценке, показатели по выявленным у детей синдромам, обрабатываются на компьютере путем суммирования оценок признаков, включенных в каждый синдром. Для того, чтобы практические врачи имели возможность определить, находятся ли показатели в пределах нормального диапазона, пограничного клинического или клинического, шкалы по синдромам представлены в профилях в сравнении с нормами для возраста и пола ребенка, а также типа информанта – родители, учителя или сами дети. Учитывая, что в разных обществах проблемы у детей могут оцениваться по-разному, практические врачи могут выбрать нормы, основанные на мульти-культуральных данных, полученных в разных обществах. Кроме того, для того, чтобы помочь врачам в сравнении данных, полученных от разных информантов, отдельные элементы и показатели по шкалам могут отображаться вместе. Показатели по шкалам от каждого информанта стандартизированы по возрасту ребенка и полу, типу информанта и мульти-культуральным групповым нормам, отобранным врачом.

Полученные на основании статистической обработки данных синдромы предоставляют восходящие модели для понимания проблем, наблюдаемых у детей. Тем не менее, нисходящие модели также используются для оценки подобных

оценочных инструментов в терминах DSM-ориентированных шкал, основанных на клинических суждениях экспертов, представляющих разнообразие культур.

РАЗВИВАЮЩИЕСЯ СТРАНЫ: НЕОБХОДИМОСТЬ ОЦЕНОК, ОСНОВАННЫХ НА МОДЕЛЯХ

Потребность в психиатрической помощи в развивающихся или странах с низким доходом не меньше, чем в странах с развитой экономикой, однако, в странах с низким уровнем экономического развития значительно меньше квалифицированных специалистов в области психиатрии. На фото один из авторов, находясь в бедной стране, посещает клинику, в которой дети ждут осмотра медсестры – она с трудом справляется с таким огромным количеством пациентов. Здесь явно необходимо использование оценочных инструментов, которые могут помочь перегруженным работой специалистам, оказывающим психиатрическую помощь. Эти инструменты позволили бы получить необходимую информацию от родителей – там, где это возможно – учителей и самих детей. Эти инструменты, по меньшей мере, могут помочь в достижении следующих целей:

- а) повысить информированность детей по вопросам психических расстройств;
- б) интегрировать данные об этих проблемах в информационные системы здравоохранения;
- в) помощь в выявлении случаев, нуждающихся в направлении к специалисту, если есть в этом необходимость.

Рядом на странице кратко проиллюстрирована основанная на моделях оценка, проведенная в развивающейся стране.

хорошей памятью, и не выявлял никаких признаков нарушения восприятия. Тем не менее, у него легко отвлекалось внимание, и он создавал много ненужного шума. Он не мог усидеть на месте, постоянно ходил по комнате и задавал доктору вопросы о картинках на стенах кабинета. Речевые навыки у него были плохо развиты, и он не мог четко выражать свои мысли.

Просматривая результаты, полученные при оценке состояния мальчика его педиатром, психиатр обратил внимание, что показатели были завышены по многим шкалам, при этом самые высокие были по шкале СДВГ. Несмотря на то, что мальчик явно нуждался в помощи по многим сферам, психиатр принял решение, что высокие показатели по шкале СДВГ являются основанием для того, чтобы попытаться назначить медикаментозное лечение и посмотреть, уменьшаться ли после этого проблемы с невнимательностью и гиперактивностью настолько, что это позволит заняться другими проблемами.

Обсуждая свои выводы с матерью мальчика, психиатр обнаружил, что она уже знает достаточно много о СДВГ от подруги, у которой сын имеет подобные проблемы. Таким образом, маму не удивили выводы психиатра, и она была готова попробовать медикаментозное лечение. С разрешения матери, психиатр сообщил о своих выводах и планах учителю, которого также волновало поведение мальчика. Психиатр назначил 10 мг метилфенидата два раза в день и попросил маму, а также учителя заполнять CPRS с интервалом в месяц, чтобы можно было оценить реакцию на лечение, и на основании этого принимать решение о дальнейших вмешательствах. Мама дополнительно была проинформирована о СДВГ и о наиболее подходящих дисциплинарных мерах.