

Stephen Scott

Данный раздел является продолжением главы D.2, посвященной оппозиционно-вызывающему расстройству, и описывает расстройство поведения, встречающееся преимущественно у детей старшего возраста и подростков.

КЛАССИФИКАЦИЯ

МКБ-10

В МКБ-10 расстройство поведения выделено в отдельную диагностическую категорию – F91. В клинических описаниях и указаниях по диагностике говорится:

«Примеры поведения, на которых основывается диагноз, включают чрезмерную драчливость или издевательства над другими детьми; жестокость к животным или другим людям; разрушительные действия в отношении собственности; поджоги; воровство; лживость, прогулы в школе и побеги из дома; частые и тяжелые вспышки гнева; вызывающее провокационное поведение; постоянное откровенное непослушание. Любая из этих категорий при ее выраженности является достаточной для постановки диагноза; но изолированные диссоциативные акты не могут служить основой для диагноза».

Должен присутствовать стойкий паттерн поведения, однако не приводятся временные рамки и отсутствуют определенные критерии нарушения функционирования или влияния на других людей.

Исследовательские диагностические критерии МКБ-10 отличаются от клинических описаний, и требуют, чтобы симптомы присутствовали, по меньшей мере, на протяжении 6 месяцев; а во вступительной части указывается, что дополнительным основанием для установления диагноза может быть влияние на других людей (в значении нарушения их основных прав), но ничего не говорится о нарушении функционирования самого ребенка. В исследовательских диагностических критериях используется подход, в соответствии с которым должно присутствовать определенное количество симптомов. В диагностике расстройства поведения используется список из 15 различных проблем в поведении, наблюдаемых обычно, но

не исключительно, у детей старшего возраста и подростков. Эти варианты проблем можно разделить на четыре группы:

- Агрессия по отношению к людям и животным
 - часто обманывает или нарушает обещания для получения выгоды или уклонения от обязательств;
 - часто затевает драки (сюда не относятся драки с сибсами),
 - использовал оружие, которое способно причинить серьезный физический вред другим людям (например, клюшку, кирпич, разбитую бутылку, нож, огнестрельное оружие);
 - несмотря на запреты родителей, часто до темноты остается на улице (начало в возрасте до 13 лет);
 - проявляет физическую жестокость по отношению к другим людям (например, связывает жертву, наносит ей порезы или ожоги);
 - проявляет физическую жестокость по отношению к животным;
- Разрушение собственности
 - преднамеренно разрушает чужую собственность (кроме поджогов);
 - преднамеренно разводит огонь с риском или намерением причинить серьезный ущерб;
- Лживость или воровство
 - похищает ценные предметы без столкновения с жертвой – или из дома, или из других мест (например, кражи в магазинах, кражи со взломом, подлог);
- Серьезные нарушения правил
 - часто прогуливает школу, начиная в возрасте до 13 лет;
 - убегал из родительского дома, по меньшей мере, дважды или убегал один раз, но больше, чем на одну ночь (сюда не включаются случаи ухода из дома для уклонения от грубого физического или сексуального обращения);
 - совершает преступления с нападением на жертву (включая выхватывание кошельков, вырывание сумок, вымогательство);
 - принуждает другого к половой активности;
 - часто издевается над другими (например, преднамеренное причинение боли, унижение, включая постоянное запугивание, мучение или приставание);
 - проникает в чужие дома или автомобили.

Для постановки диагноза необходимо, чтобы присутствовали три симптома из перечисленных выше, один, по меньшей мере, на протяжении 6 месяцев. Отсутствует критерий ущерба. Выделяют три подтипа расстройства: расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи (F91.0), несоциализированное расстройство поведения (F91.1, когда у ребенка отсутствуют близкие друзья, и он отвергается сверстниками), и социализированное расстройство поведения (F91.2, когда ребенок хорошо интегрирован в группе сверстников). Рекомендуется уточнять

возраст начала, при этом для типа с началом в детском возрасте характерно появление минимум одной проблемы с поведением в возрасте до 10 лет; а при типе с началом в подростковом возрасте проблемы с поведением в возрасте до 10 лет отсутствуют. Степень тяжести расстройства классифицируется как легкая, средняя или тяжелая в зависимости от количества симптомов или влияния на других, например, причинение серьезного физического вреда; вандализм; воровство.

В тех случаях, когда присутствуют явные симптомы коморбидного расстройства, МКБ-10 не поддерживает использование второго сопутствующего диагноза, вместо этого предлагает отдельные сочетанные категории. Существуют две большие подрубрики: смешанные расстройства поведения и эмоций, из которых лучше всего изучено депрессивное расстройство поведения (F92.0); и гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1). Имеются некоторые данные, свидетельствующие о том, что эти сочетанные состояния до некоторой степени могут отличаться от их составных элементов.

DSM-IV

Классификация DSM IV-R почти полностью соответствует Исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 и не имеет отдельных клинических описаний и указаний по диагностике. Приводятся те же, почти слово в слово совпадающие, 15 разновидностей проблем в поведении. Точно также указаны степень тяжести и подтипы с началом в детском и подростковом возрасте. Однако, в отличие от МКБ-10, здесь нет разделения на социализированный/несоциализированный и ограничивающийся только условиями семьи типы, и, кроме того, необходимым критерием диагностики является то, что поведение должно приводить к клинически значимому нарушению семейного, академического или социального функционирования. Проблема коморбидности в DSM-IV решается путем добавления необходимого количества сопутствующих диагнозов, а не использования смешанных категорий.

Дифференциальный диагноз

Диагностика расстройства поведения, как правило, не составляет труда, однако часто упускаются из вида коморбидные расстройства. Дифференциальную диагностику необходимо проводить со следующими расстройствами:

Гиперкинетическое расстройство / синдром дефицита внимания с гиперактивностью

Эти два названия используются в МКБ-10 и DSM IV-R соответственно для обозначения одинакового состояния, с той лишь разницей, что первое более тяжелое. Для удобства здесь мы будем использовать термин гиперактивность. Это состояние характеризуется импульсивностью, невнимательностью и чрезмерной двигательной активностью. Каждая из этих трех групп симптомов может быть ошибочно истолкована как антисоциальное поведение, особенно импульсивность, которая может также наблюдаться и при расстройстве поведения. Однако ни один из симптомов расстройства поведения не может быть элементом гиперактивности, поэтому исключить расстройство поведения будет не сложно. Часто совершается

другая ошибка – упускается из виду коморбидная гиперактивность в тех случаях, когда расстройство поведения не вызывает сомнения. Очень полезными в данном случае будут стандартизированные опросники, такие как Опросник сильных и слабых способностей ребенка (Strengths and Difficulties Questionnaire) – короткий, но не менее эффективный в выявлении гиперактивности, чем более длинные версии.

Реакция адаптации на внешние стрессоры

Это состояние диагностируется в тех случаях, когда оно возникает сразу после воздействия идентифицируемого психологического стрессора, такого как развод, тяжелая утрата, травма, насилие или усыновление. Симптомы должны возникать не позже чем через месяц согласно МКБ-10 и через три месяца согласно DSM IV-R и присутствовать не дольше шести месяцев после прекращения влияния стрессора или его последствий.

Расстройства настроения

Депрессия может проявляться раздражительностью и оппозиционностью, но, в отличие от типичного расстройства поведения, настроение явно снижено, а также присутствуют симптомы со стороны вегетативной нервной системы; кроме того, отсутствуют более выраженные проблемы с поведением. В некоторых случаях сложнее отличить маниакально-депрессивное расстройство на начальной стадии, так как оно может часто проявляться вызывающим поведением и раздражительностью, сочетающейся с пренебрежением правилами, и поведением, нарушающим права других людей. Заниженная самооценка – нормальное явление при расстройстве поведения, равно как и отсутствие друзей или творческого времяпрепровождения. Таким образом, несложно проглядеть более заметные симптомы депрессии. Систематические исследования показывают, что примерно у трети детей с расстройством поведения наблюдаются депрессивные или другие эмоциональные симптомы, достаточно тяжелые, чтобы подтверждать диагноз.

Расстройства аутистического спектра

Эти расстройства часто сопровождаются явными вспышками раздражения или тенденциями к агрессивному поведению, которые могут быть причиной направления на консультацию к специалисту. В данном случае выявление других симптомов расстройства аутистического спектра подтверждает его наличие.

Асоциальное/ антисоциальное расстройство личности

В соответствии с рекомендациями МКБ-10 об антисоциальном расстройстве личности может идти речь после достижения субъектом 17 летнего возраста и старше. Поскольку в 18 лет не используется большинство диагнозов, специфичных для детского и подросткового возраста, то дифференциальная диагностика не вызывает особых трудностей. По DSM IV-R расстройство поведения может быть диагностировано и после 18 летнего возраста, поэтому существует потенциальная вероятность частичного совпадения. Отличительной особенностью, в данном случае, является тяжесть и глубина симптомов расстройства личности, при

котором все взаимоотношения индивида нарушены под влиянием паттерна поведения, а для убеждений индивида о его антисоциальном поведении характерны бесчувственность и отсутствие раскаяния. Расстройство поведения может сочетаться с личностными чертами, свойственными психопатии. Для нее характерны такие признаки, как: претенциозность, бесчувственность, грубость, лживость, поверхностность аффекта и отсутствие угрызений совести или раскаяния. Эти черты, оцененные с помощью Перечня Харе для психопатических черт (Hare Psychopathy Checklist), позволяют прогнозировать, какой из индивидов будет вовлечен в наиболее серьезные и жестокие виды криминальной деятельности. Можно ли «начинающего психопата», в качестве первоочередного объекта для профилактики, выявить еще в детском возрасте? У детей можно наблюдать грубые неэмоциональные черты, такие как отсутствие чувства вины, недостаточность эмпатии или поверхностные, ограниченные эмоции. В настоящее время доступен целый ряд надежных инструментов для клинической оценки и диагностики психопатических черт у детей и подростков (Salekin & Lynam, 2010).

Субкультурная девиантность

Некоторые молодые люди совершают антиобщественные поступки и правонарушения, но при этом не агрессивны или не ведут себя вызывающе. Они хорошо адаптированы внутри девиантной культуры сверстников, в которой одобряется рекреационное употребление наркотиков, мелкое воровство в магазинах и т.п. В некоторых регионах треть или больше подростков мужского пола подпадают под такое описание и соответствуют критериям диагностики социализированного расстройства поведения по МКБ-10. Некоторые клиницисты считают неуместным навешивание ярлыков психиатрических заболеваний на такую большую группу населения. Предотвратить гипердиагностику психического расстройства у большинства таких детей может использование критериев DSM IV-R, поскольку они требуют наличия значительно выраженного нарушения.

Многоосевая оценка

МКБ-10 рекомендует выполнять многоосевую оценку в отношении только детей и подростков, тогда как DSM IV-R – для всех возрастов. В обеих системах классификации ось один используется для психических расстройств, упомянутых выше. Остальные три оси в обеих классификациях охватывают соматические заболевания, психологические проблемы и уровень социального функционирования, соответственно; эти проблемы упоминаются ниже при рассмотрении этиологии. В центре находятся две оси в МКБ-10, которые охватывают специфические (Ось два) и общие (Ось три) проблемы с обучением; и одна в DSM IV-R (Ось два), охватывающая расстройства личности и общие проблемы с обучением.

У индивидов с проблемным поведением очень важно оценивать как специфические, так и общие проблемы с обучением. У трети детей с расстройством поведения отмечается специфическая задержка развития навыков чтения, определяемая как два стандартных отклонения ниже уровня, ожидаемого для IQ ребенка (см. также Главу С.3). Несмотря на то, что это отчасти может быть связано с недостаточно

адекватным школьным обучением, имеются доказательства того, что когнитивные дефициты часто предшествуют проблемам с поведением. Общая неспособность к обучению (задержка умственного развития) часто упускается из вида до тех пор, пока не проводится тестирование на IQ. Частота расстройства поведения повышается в разы, при коэффициенте IQ ниже 70.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

От 2 до 4% детей и подростков страдают расстройством поведения. Что касается исторического аспекта, то по результатам сравнительной оценки трех



Дети с расстройством поведения часто оказываются замешанными в драках.
Фото: Tony Fischer

последующих когорт рождения в Великобритании отмечено умеренное увеличение количества случаев диагностирования расстройства поведения во второй половине двадцатого столетия. Имеет место также заметная разница распространенности в зависимости от социального класса. Что касается этнической или расовой принадлежности, то, как показывают данные, полученные на основании анализа самоотчетов молодых людей об антисоциальном поведении, а также актов осмотра и экспертизы жертв правонарушителей, среди преступников преобладают чернокожие лица африканского происхождения.

Важно отметить, что среди жителей США, принадлежащих к испаноязычным этническим группам, а также среди лиц азиатского происхождения в Великобритании не отмечено более высокого уровня преступности по сравнению с их белыми собратьями, в действительности оказалось, что среди последних показатели преступности ниже, чем у коренного белого населения.

Пол

Численное соотношение полов в целом составляет в среднем 4 – 10 мальчиков на одну девочку, при этом мальчики значительно превосходят девочек по

По данной ссылке:

www.youthcrimecommission.org.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=85
можно ознакомиться с отчетом Независимой комиссии по молодежной преступности и антисоциальному поведению в Соединенном Королевстве за 2010 г. – «Время начать с нуля» (UK Independent Commission on Youth Crime and Antisocial behaviour' 2010 report Time for a fresh Start)

частоте и тяжести проблем с поведением. В целом, результаты исследований указывают на то, что причины проблем с поведением одинаковы для обоих полов, но расстройство поведения встречается значительно чаще среди мальчиков, потому что они подвержены влиянию большего количества факторов риска на индивидуальном уровне (например, гиперактивность, задержка нервно-психологического развития). Тем не менее, в последнее время среди клиницистов растет беспокойство по поводу того, что все чаще приходится иметь дело с ростом антисоциального поведения среди девочек.

Подтипы, связанные с развитием

Стабильные в течение всей жизни против ограниченных подростковым возрастом

В последнее время значительное внимание уделялось разделению агрессивного и антисоциального поведения, начинающегося в раннем детстве и такого же поведения, впервые возникающего в подростковом возрасте (Moffitt, 1993a; Patterson & Yoerger, 1993). Это нашло свое отражение в том, что в DSM IV-R эти два подтипа выделены в отдельные группы в диагностической системе расстройства поведения. Раннее начало является сильным предиктором устойчивости такого поведения на протяжении всего детства, и начавшаяся в раннем детстве делинквентность с большой степенью вероятности сохранится и во взрослой жизни. Результаты продольного исследования в г. Данидин, в котором проводилось длительное периодическое наблюдение за группой лиц, родившихся в 1972-73 г.г., показали, что лица с ранним началом отличались от лиц с поздним началом более низким IQ, более частыми проблемами со вниманием и импульсивностью, более низкими результатами нейропсихологических тестов, более выраженными проблемами взаимоотношений со сверстниками и значительно чаще происходили из неблагополучных семей (Moffitt et al, 2001). И, наоборот, у лиц с поздним началом, делинквентное поведение стало проявляться преимущественно в результате влияния социальных факторов, таких как контакты с другими делинквентными сверстниками или обретение социального статуса через антисоциальное поведение. Moffitt (1993) группу с ранним началом назвал «стабильной в течение всей жизни» (англ. – life course persistent), а группу с поздним началом «ограниченной подростковым возрастом» (англ. – adolescence-limited), связывая таким образом течение развития с лежащими в его основе дефицитами. Различия между этими двумя группами были подтверждены продольными исследованиями разных когорт в десятках стран (Moffitt, 2006). Результаты длительного катamnестического наблюдения над когортой из г. Данидин подтвердили относительно более неблагоприятный исход в группе с ранним началом в таких сферах, как насилие, психическое здоровье, злоупотребление алкоголем и наркотиками, работа и семейная жизнь. (Moffitt et al, 2002). Наблюдение до 32 летнего возраста показало, что лица из «стабильной в течение всей жизни» группы имели значительно больше проблем с физическим здоровьем, по сравнению с другими мужчинами, что подтверждалось более частыми травмами, визитами к врачам общей практики, госпитализациями, а также клиническими тестами по поводу инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, системными воспалительными реакциями, пародонтозом, испорченными зубами или хроническим бронхитом.

Однако группа, ограниченная подростковым возрастом, также оказалась не без взрослых проблем (Moffitt et al, 2002). Во взрослой жизни они, по-прежнему, по данным самоотчетов были вовлечены в преступную деятельность, а также имели проблемы с алкоголем и наркотиками. Кембриджское исследование делинквентного развития (The Cambridge Study in Delinquent Development) – лонгитудинальное исследование 411 мужчин в возрасте от 8 до 46, проведенное в Лондоне, также установило, что те лица, у которых антисоциальное поведение начало проявляться

в подростковом возрасте, с большей вероятностью продолжали нераскрытую преступную деятельность во взрослой жизни, хотя их работоспособность и близкие взаимоотношения не страдали (McGee & Farrington, 2010). Таким образом, разделение на подтипы по возрасту начала антисоциального поведения имеет сильную прогностическую валидность. Однако начинающееся в подростковом возрасте антисоциальное поведение может иметь более отдаленные последствия, чем предполагалось ранее, и, следовательно, как начинающиеся в детстве, так и начинающиеся в подростковом возрасте проблемы с поведением заслуживают пристального клинического внимания.

Проблемы с поведением, ограниченные детским возрастом

Robins (1966) первой указала на то, что половина детей с проблемами в поведении, взрослея, не становятся антисоциальными личностями. Лонгитудинальные исследования, нацеленные на документирование непрерывности антисоциального поведения от детского возраста до подросткового и взрослого, неоднократно обнаруживали наличие исключительной группы детей, у которых отсутствовала такая непрерывность. Часто их называют детьми с проблемами, «ограниченными детским возрастом» (Moffitt, 2006). В некоторых исследованиях такая группа – с ограниченными детским возрастом проблемами, определялась более широко (как большая группа детей с любыми проявлениями антисоциального поведения разной степени выраженности), и это обратило наше внимание на повсеместность временных проблем с поведением в популяции здоровых детей, а также показало, что поскольку умеренно выраженные проблемы с поведением неустойчивы, они не обязательно будут прогностически неблагоприятными (Tremblay, 2003). В других исследованиях наоборот – такая группа детей с ограниченными детским возрастом проблемами определялась более узко (как небольшая группа детей, проявляющих чрезмерные, доминирующие и устойчивые антисоциальные проблемы в поведении только в детском возрасте). Такие исследования сообщают о том, что мальчики с антисоциальным поведением, ограничивающимся только детским возрастом, становятся тревожными, депрессивными, социально изолированными взрослыми мужчинами, работающими на низкооплачиваемой работе (Farrington et al, 1988; Moffitt et al, 2002). Таким образом, мальчики с тяжелыми и устойчивыми антисоциальными проблемами, достаточно выраженными для клинического диагноза, по мере взросления могут не стать антисоциальными личностями, но в зрелом возрасте будут страдать от других форм нарушения адаптации. Следовательно, все дети с расстройством поведения заслуживают внимания клиницистов.

Когда ребенок направляется на обследование, задача клинициста заключается в том, чтобы провести дифференциальную диагностику между начинающимся в детстве РП, которое будет ограничено только детским возрастом и РП, которое будет иметь устойчивое течение и патологический прогноз. Используемое в DSM IV-R разделение по возрасту начала не помогает в решении этой задачи, поскольку у всех пациентов-детей расстройство начинается в детском возрасте по определению. Исследователи пытались разделить группы с устойчивым на протяжении всей жизни и ограниченным детским возрастом течением, используя факторы риска детского

возраста, но без особого успеха (Moffitt, 2006). Тем не менее, первоначальные результаты указывают на то, что коморбидность с СДВГ, равно как и семейные психиатрические факторы, более характерны для устойчивого, чем для ограниченного только детским возрастом подтипа.

ЭТИОЛОГИЯ

Характеристики индивидуального уровня

Генотип

Поиск специфического генетического полиморфизма, ассоциированного с проблемами в поведении, является достаточно новой научной инициативой, до завершения которой еще очень далеко. В одном из исследований, в котором проводилось масштабное сканирование генома с использованием анализа сцепления, были идентифицированы участки хромосом, которые, по всей вероятности, могут быть ответственны за полиморфизм, имеющий отношение к проблемам в поведении, однако такой полиморфизм не был уточнен, и эти участки не были реплицированы. (Stallings et al, 2005). Наиболее изученным геном-кандидатом относительно проблем с поведением является промотор моноаминоксидазы А. Это ген, кодирующий белок моноаминоксидазу А (МАО-А), который, в свою очередь, как показали предварительные данные исследований на мышах, а также на мужчинах из родословной голландской семьи, метаболизирует нейромедиаторы, связанные с агрессивным поведением. Таким образом, ген, ответственный за полиморфизм МАО-А, был отобран в качестве гена-кандидата для проверки гипотезы о том, что генетическая предрасположенность может обуславливать влияние плохого обращения с ребенком на последующие проблемы с поведением в круге насилия (Caspi et al, 2002). Взаимодействие плохого обращения в анамнезе и генотипа предопределяло четыре разных показателя антисоциального исхода: диагностированное расстройство поведения в подростковом возрасте; оценка агрессии, как свойства личности; симптомы антисоциального расстройства личности в зрелом возрасте, сообщаемые информантами, хорошо знающими испытуемого; судебный приговор за преступление против личности в зрелом возрасте. Воспроизведение результатов этого исследования имело крайне важное значение, потому что сообщения о связи между измеряемыми генами и расстройствами пользуются дурной славой из-за их низкой воспроизводимости. Повторные исследования с положительным и отрицательным результатом показали, а мета-анализ этих исследований подтвердил, что связь между генотипом МАО-А и проблемами с поведением умеренная, но статистически значимая (Kim-Cohen et al, 2006). Данные о специфическом генетическом полиморфизме, вероятно, не могут быть использованы в целях генетической диагностики из-за сложности взаимосвязей ген – поведение. Исследования взаимоотношений ген – окружающая среда помогут скорее понять, как мозговые механизмы связывают воедино внешние факторы риска, геномные изменения и расстройства поведения (Meyer-Lindenberg et al. 2006).

Перинатальные осложнения

Осложнения при родах могут быть фактором, способствующим возникновению нейropsychологических нарушений, связанных с проблемами в поведении (Moffitt, 1993). Первоначально доказательства, касающиеся данного предположения, были неоднозначными, однако в недавних крупномасштабных эпидемиологических исследованиях была обнаружена связь между стабильными в течение всей жизни проблемами с поведением и перинатальными осложнениями, незначительными физическими аномалиями, а также низким весом при рождении (Brennan et al, 2003). Большинство исследований поддерживают биологическую модель, в соответствии с которой акушерские осложнения могут способствовать повышению уязвимости к другим сопутствующим рискам, таким как жестокое или непоследовательное воспитание (Arseneault et al, 2002; Kratzer & Hodgins, 1999; Tibbetts & Piquero, 1999; Raine et al, 1997). Более того, результаты исследований показали, что курение во время беременности повышает риск проблем с поведением у потомков (Brennan et al, 2003), однако причинной связи между курением и проблемным поведением не было выявлено (Fergusson, 1999).

Темперамент

Для описания наблюдаемых у младенцев различий, которые могут способствовать последующему риску психопатологии Thomas и Chess использовали понятие «темперамент», который они рассматривали как наследуемое и не поддающееся значительному влиянию опыта, свойство (Thomas et al, 1968). В некоторых проспективных исследованиях была продемонстрирована связь между темпераментом и проблемами поведения (Keenan & Shaw, 2003), а также возможным антисоциальным расстройством личности и противоправным поведением в зрелом возрасте (Caspi et al, 1996). Темперамент в первоначальной формулировке должен быть строго наследуемым и свободным от жизненного опыта. Однако особенности темперамента всего лишь относительно наследуемы, и соприкосновение ребенка с социальным миром, начиная с момента рождения, приводит к тому, что особенности темперамента неизбежно подвергаются влиянию социальных процессов. Имеется вероятность того, что влияние темперамента будет рассматриваться в неразрывной связи с факторами риска окружающей среды (Nigg, 2006).

Нейромедиаторы

Связь между нейромедиаторами и антисоциальным поведением была установлена в исследованиях на выборках взрослых и при использовании нечеловеческих животных моделей (Nelson, 2006). Это можно было бы считать крупным научным достижением, если бы удалось связать уровень нейромедиаторов и их активность с проблемами поведения у детей. Однако, в общем, результаты, полученные у детей, не были однозначными (Hill, 2002). Так, например, в Питтсбургской когорте молодых людей мальчики со стабильными в течение всей жизни проблемами с поведением демонстрировали снижение уровня адреналина в моче после выполнения сложной стрессогенной задачи, тогда как у мальчиков с просоциальным поведением отмечалась реакция повышения уровня адреналина в моче, в ответ на сложную за-

дачу (McBurnett et al. 2005). Однако в других исследованиях не удалось установить связи между расстройствами поведения и показателями содержания норадреналина у детей (Hill, 2002). Некоторые данные поддерживают точку зрения, что, как и у взрослых, серотонин у детей связан с агрессией, но, вместе с тем, данные показателей обмена серотонина у детей явно противоречивы (Pine et al, 1997). Необходимо помнить о том, что обмен нейромедиаторов в головном мозге исследуется только косвенным путем (большинство показателей уровня нейромедиаторов – это всего лишь общие индикаторы активности), кроме того, мало известно об активности нейромедиаторов в мозге ребенка.

Вербальные дефициты

Дети с проблемами в поведении регулярно демонстрировали повышенную частоту присутствия дефицитов основанных на языке вербальных навыков (Lynam & Henry, 2001; Nigg et al, 2003). Дети с расстройствами поведения, делинквентные подростки и взрослые с антисоциальным поведением демонстрируют невысокие результаты при выполнении стандартизированных тестов на вербальные способности или на IQ. Такая связь сохранялась после контроля таких потенциальных влияющих переменных, как расовая принадлежность, социально-экономический статус, успеваемость и мотивация к выполнению тестов (Lynam et al, 1993). Результаты лонгитудинальных исследований показали, что низкий уровень вербального интеллекта в детском возрасте является прогностическим признаком стойкости антисоциального поведения в течение ряда лет (Farrington & Hawkins, 1991; Lahey et al, 1995; Lynam & Henry, 2001). Дефицит вербальных навыков обнаружен также среди мальчиков дошкольного возраста, направленных в клинику по поводу оппозиционно-вызывающего расстройства (Speltz et al, 1999). Некоторые механизмы возможного влияния вербальных способностей на поведение объясняются теорией А. Лурия о роли вербальной памяти и вербального абстрактного мышления в развитии самоконтроля (Luria, 1961). Способности воспроизводить в памяти устные распоряжения и использовать язык для рассуждений о последствиях действий и поступков способствует эффективному контролю над ними. Дети, неспособные убеждать других или отстаивать свои права вербально, могут пытаться добиваться контроля над социальным взаимодействием с помощью агрессии (Dodge, 1993). Существует также вероятность непрямого влияния, при котором невысокий вербальный интеллект способствует проблемам в академической успеваемости, которые в свою очередь приводят к тому, что школьный опыт ребенка, вместо того, чтобы помогать в повышении самооценки и поддерживать, становится не вознаграждающим.

Исполнительная дисфункция

Дети и подростки с проблемами в поведении постоянно демонстрировали низкие результаты при тестировании исполнительных функций (Ishikawa & Raine, 2003; Lynam & Henry, 2001; Moffitt 1993b; Nigg & Huang-Pollock, 2003; Hobson et al,

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ

Термин «исполнительные функции» используется для описания когнитивных процессов, которые активируют, организуют, совмещают и управляют другими функциями, такими как планирование, решение проблем, вербальное мышление, подавление, психическая (ментальная) гибкость и способность выполнять несколько задач одновременно.

2011). Исполнительные функции включают в себя способности, задействованные в успешном достижении целей с помощью соответствующих эффективных действий. К специфическим навыкам относятся: усвоение и применение принципов поведения в непредвиденных ситуациях, абстрактное мышление, решение проблем, самонаблюдение, устойчивое внимание и концентрация, способность использовать прежние действия для достижения будущих целей и подавление неуместных реакций. Ментальные функции главным образом, хотя не исключительно, связаны с лобными долями (Pennington & Ozonoff, 1996). Важные данные были получены при исследовании Монреальской когорты, которое проводилось начиная с шестилетнего возраста (Séguin et al, 1999). В исследовании для оценки исполнительных функций были использованы тесты, которые соотносились с разными анатомическими структурами головного мозга, что подтверждалось данными функциональной визуализации и изучения разнообразных поражений структуры головного мозга. Хроническая агрессия ассоциировалась с более низкими показателями тестов, охватывающих исполнительные функции фронтальной области головного мозга, такая связь сохранилась после контроля общей памяти, IQ и СДВГ. Несмотря на то, что большинство исследований исполнительных дефицитов проводилось с участием подростков, такие же дефициты были связаны с вызывающим поведением у детей дошкольного возраста (Hughes et al, 1998; Speltz et al, 1999).

Обработка информации и социальное познание

Для объяснения генезиса агрессивного поведения в социальных взаимоотношениях Dodge (1993) предложил модель доминирования обработки информации. В соответствии с этой моделью предполагается, что склонные к агрессии дети фокусируют свое внимание на угрожающих аспектах поведения других людей, интерпретируют их нейтральные действия как враждебные намерения и с большей вероятностью предпочитают и выбирают агрессивное решение социальных проблем. Некоторые исследования показали, что агрессивные дети совершают такие ошибки социального познания. Исчерпывающий обзор большинства исследований социального познания у детей с проблемным поведением представлен в другом разделе. Dodge (1993) выдвинул гипотезу, что тенденции вычленять враждебные аспекты ситуации, приписывать враждебные намерения неопределённым социальным сигналам и отдавать предпочтение агрессивным реакциям на социальные проблемы является результатом частого плохого физического воздействия на ребенка. Это предположение было подвержено проспективному анализу (Dodge et al, 1995).

Задокументированные факты насилия в детском саду отчетливо сочетались с проблемами поведения в начальной школе; так, у 28% детей из группы подвергнутых жестокому обращению развивались проблемы с поведением, тогда как в обычной группе только у 6%. Ошибки кодирования, приписывание враждебности, а также тенденция отдавать предпочтение агрессивным реакциям ассоциировались с проблемами поведения и с опытом физического насилия. Ошибки кодирования и предпочтение агрессивных реакций обуславливали связь между



Подростки с расстройством поведения ответственны за большую часть преступлений во многих сообществах

физическим насилием и проблемами поведения, в то же время атрибуция враждебных намерений и позитивная оценка агрессивных реакций не способствовали такой ассоциации. Таким образом, результаты данного проспективного исследования до некоторой степени поддерживает модель социального познания.

Риски внутри семьи

Генетическая предрасположенность

В настоящее время имеются убедительные доказательства, полученные при исследовании близнецов и приемных детей, что проблемы с поведением, оцененные как категориально, так и дименсионально, в значительной степени наследуемы (Moffitt, 2005a; Rhee & Waldman, 2002). Тем не менее, понимание того, что проблемы с поведением подвержены некоторому генетическому влиянию, с клинической точки зрения, менее важно, чем осознание, что такое генетическое влияние может усиливаться или ослабевать в зависимости от взаимодействия ребенка с обстоятельствами его окружающей среды. Проведение нескольких генетически направленных исследований позволило оценить взаимодействие между семейной генетической предрасположенностью и средой, в которой воспитывался ребенок. Исследования приемных детей продемонстрировали связь между антисоциальным поведением у биологических родителей и неблагоприятными условиями в приемной семье, которая прогнозировала антисоциальный исход (Bohman 1996; Cadoret et al, 1995). Генетический риск модифицировался под влиянием среды воспитания. В близнецовых исследованиях также были получены доказательства, что генетическая предрасположенность и факторы риска окружающей среды взаимодействуют между собой (Jaffee et al, 2005). В этом исследовании опыт плохого обращения ассоциировался с повышением на 24% вероятности диагностики расстройства поведения у детей с высоким генетическим риском и только на 2% среди детей, не подверженных такому риску. Таким образом, осведомленность о семейной предрасположенности ребенка к психопатологии вызывает необходимость в немедленном применении вмешательств, направленных на улучшение его социального окружения.

Низкий уровень доходов

Существует связь между бедностью и проблемами поведения в раннем детстве (Murray & Farrington, 2010). В ранних теориях высказывалось предположение о непосредственном эффекте бедности, связанном с напряжением, возникающим из-за разницы между желаниями и реальными возможностями и из-за отсутствия возможности приобретения социального статуса и престижа. Последующие исследования показали, что связь между низким уровнем доходов и проблемами поведения в детстве является непрямой, т.е. опосредованной такими семейными процессами, как разногласие между супругами и отсутствие заботы о детях (Maughan, 2001). Примером такого исследования может быть лонгитудинальное исследование, проведенное в штате Айова с участием 378 семей, проживающих в сельской местности, которое показало, что семейный экономический стресс ассоциируется с проблемами поведения у подростков, но они были обусловлены депрессией ро-

дителей, конфликтами и враждебностью между родителями (Conger et al, 1994). В другом исследовании был использован естественно протекающий эксперимент (Costello et al, 2003). Семьи коренных американцев в Северной Каролине, проживавшие раньше за чертой бедности, получили выгоду от повышения доходов за счет вновь открываемых казино. В результате этого, во многих семьях проблемы с поведением у детей значительно уменьшились. Тем не менее, эффект повышения уровня доходов был обусловлен улучшением взаимоотношений родители–ребенок. Такая обусловленность в последние годы не ограничивается бедностью. Исследуя делинквентность в исторический период экономической депрессии, Glueck обнаружил, что влияние бедности на антисоциальное поведение детей в 30-е годы было обусловлено строгой дисциплиной, плохим надзором и слабой привязанностью ребенка к родителям (Sampson & Laub, 1984).

Привязанность «ребенок–родители»

В ранних исследованиях выборок с невысоким риском, в которых была использована классификация надежная/ненадежная привязанность, не было обнаружено очевидной связи с экстернализирующими проблемами, однако дальнейшие исследования выборок с высоким риском и использованием другой классификации показали, что дезорганизованная привязанность может прогнозировать возникновение проблем с поведением (Van Ijzendoorn et al, 1999). Дезорганизованность определяется по результатам Теста «незнакомой ситуации» Эйнсворта (Ainsworth's Strange Situation Test) в том случае, если ребенок демонстрирует странные или противоречивые поступки по отношению к опекуну при его появлении после разделения (Main & Solomon, 1986). Однако небольшое количество детей с дезорганизованной привязанностью в выборках исследования означает, что к его результатам нужно относиться с осторожностью. Несмотря на то, что плохие взаимоотношения ребенка с родителями, как прогностический признак нарушений поведения, кажутся очевидными, все же необходимо установить независимую причинную роль проблем с привязанностью (определяемых основанными на наблюдении парадигмами) в развитии проблемного поведения. Классификации привязанности могут быть маркерами других семейных рисков. Тем не менее, Futh et al (2008) в исследовании шестилетних детей использовали игровые задачи с куклами, демонстрирующие независимую ассоциацию между небезопасной привязанностью и проблемами поведения, а Scott et al (2011) обнаружили, что у подростков небезопасная привязанность (оцениваемая с помощью Интервью по детской привязанности – Child Attachment Interview) прогнозировала проблемы поведения, даже после принятия во внимание качества текущего воспитания, что позволяет предполагать, что она может играть, по меньшей мере, поддерживающую роль.

Дисциплина и воспитание

Родители детей с проблемами поведения в большей степени, чем родители детей с нормальным поведением, непостоянны в установлении правил, дают все более и более нечеткие команды и более склонны реагировать на поведение своих детей, исходя из собственного настроения, а не с учетом особенностей такого

поведения, а также реже интересуются местонахождением своих детей и менее восприимчивы к их просоциальному поведению. Patterson описал специфический механизм подкрепления оппозиционного и агрессивного поведения у детей. Мать или отец реагирует на легкое оппозиционное поведение своего ребенка запретом, на который тот отвечает эскалацией своего поведения, и такая взаимная эскалация продолжается до тех пор, пока родитель не отступает, таким образом негативно подкрепляя поведение ребенка. Непостоянство поведения родителей повышает вероятность того, что ребенок будет и дальше проявлять оппозиционное или агрессивное поведение. В дополнение к специфическим тестам модели подкрепления Паттерсона (Gardner, 1989; Snyder & Patterson, 1995) имеется достаточно доказательств того, что проблемы в поведении ассоциируются с жестоким, критикующим, карательным и принудительным воспитанием (Rutter et al, 1998); дети с расстройством поведения вызывают больше негативных реакций во всех группах родителей, по сравнению со здоровыми детьми.

Тот факт, что поведение детей может побуждать родителей к негативным приемам воспитания, не означает, что такое воспитание, в свою очередь, не оказывает влияния на детей. В одном из исследований сообщается, что негативный контроль со стороны матери в четырехлетнем возрасте в значительной степени ассоциировался с проблемами в поведении в возрасте девяти лет, после исключения первоначальных проблем ребенка в четырехлетнем возрасте (Campbell et al, 1996). В одном из лонгитудинальных близнецовых исследований факторов риска окружающей среды в британских семьях было изучено влияние практикуемых отцами подходов к воспитанию на проявления агрессии у детей (Jaffee et al, 2003). Как и ожидалось, просоциальное *отсутствие* отца прогнозировало более выраженную агрессию у его ребенка. Но антисоциальное *присутствие* отца также прогнозировало более частые проявления агрессии у ребенка, при этом неблагоприятный эффект усиливался пропорционально тому, как часто в течение недели отец уделял внимание воспитанию ребенка. В другом исследовании проверялась гипотеза о том, что в связи с тем, что страдающие депрессией матери неумело занимаются воспитанием своих детей, депрессия матери может способствовать агрессии у ребенка (Kim-Cohen et al, 2005). У детей, матери которых страдают депрессией, часто возникают проблемы поведения, однако до конца не ясно, представляет ли собой такая корреляция средовое взаимодействие. Под влиянием практикуемых отцами подходов к воспитанию, связь между депрессией матери и нарушениями поведения у ребенка до некоторой степени уменьшается, но она все же остается статистически значимой. Более того, женщины страдающие депрессией, могут преувеличивать показатели проблемного поведения своих детей, однако тенденции результатов не менялись после того, как поведение этих же детей оценивалось учителями. Временный анализ показал, что если у матери наблюдалась депрессия только до рождения ребенка, то такой ребенок не проявлял необычной агрессии. И наоборот, вероятность возникновения агрессивного поведения у ребенка по-

«В общем, наиболее отчетливо разница в подходах к воспитанию у родителей детей с делинквентным поведением и у родителей детей с нормальным поведением состояла в том, что первые из них значительно чаще прибегали к физическому наказанию и намного реже - к обсуждению со своими мальчиками их плохого поведения».

(Glueck & Glueck, 1950)

являлась только в том случае, если мать, страдающая депрессией, занималась его воспитанием. И наконец, вероятность того, что ассоциация была ложной из-за того, что наоборот – поведение ребенка провоцировало возникновение депрессии у матери, была исключена документальным подтверждением, что дети, подверженные воздействию эпизода депрессии матери в возрасте от пяти до семи лет, становились более агрессивными к семи годам, по сравнению с пятилетним возрастом. Все эти данные, вместе взятые, служат доказательством того, что воспитание играет важную роль в возникновении проблем поведения. (Moffitt, 2005b).

Влияние семейных конфликтов между взрослыми и бытового насилия

Существует вероятность того, что не только навыки воспитания родителей и качество привязанности родители – ребенок, но и другие семейные процессы играют важную роль. Результаты многих исследований показали, что дети, подвергавшиеся воздействию бытового насилия между взрослыми, с высокой вероятностью сами становились агрессивными (Moffitt & Caspi, 1998). Davies and Cummings (1994) высказали предположение, что семейные конфликты влияют на поведение детей, потому что они воздействуют на процессы регулирования у них эмоций. Например, ребенок может реагировать на пугающие его эмоции, возникающие во время семейного конфликта, подавлением своих собственных, путем отрицания ситуации. Это в свою очередь может приводить к неправильной оценке других социальных ситуаций и неэффективному решению проблем. Таким образом, повторяющееся воздействие семейных конфликтов понижает у ребенка порог психологической дисрегуляции, в результате приводя к более высокой стресс-реактивности (Cummings & Davies, 2002). Агрессивность детей может повышаться при разногласиях между родителями, поскольку дети склонны имитировать агрессивное поведение, моделью которого являются родители (Bandura, 1977). Наблюдая у них агрессию, ребенок может усвоить, что агрессия является нормальным явлением в семейных взаимоотношениях, что это хороший способ контролирования других людей, и что агрессия одобряется, а не наказывается.

Плохое обращение

Физические наказания – широко распространенное явление, и родители детей с проблемным поведением часто прибегают к нему от отчаяния. Однако связь с проблемным поведением не является прямой. В одном из исследований было установлено, что физические наказания четко ассоциировались с проблемами поведения среди белых американских детей, тогда как среди афроамериканцев такая связь отсутствовала (Deater-Deckard et al, 1996). Более того, риск возникновения проблем с поведением не был одинаковым для всех форм физического наказания. В лонгитудинальном эпидемиологическом близнецовом исследовании было проведено сравнение влияния телесных наказаний (порка, сильные шлепки) и плохого, причиняющего вред, физического обращения (Jaffee et al, 2004). Результаты показали, что у детей причиной практически всех случаев связи между телесными наказаниями и проблемным поведением была наследственность. Это указывает на эффект ребенка, при котором плохое поведение детей провоцирует их родителей

к более частому использованию телесных наказаний, а не наоборот. Результаты в отношении причиняющего вред плохого физического обращения были противоположными. В данном случае не наблюдалось эффекта ребенка, провоцирующего плохое физическое обращение, и, кроме того, значительный эффект плохого обращения на детскую агрессию сохранялся после контроля любой генетической передачи склонности к агрессии от антисоциальных родителей.

В общем, связи между физическим насилием и проблемами поведения хорошо установлены (Hill, 2002). В когорте из г. Крайстчерч сексуальное насилие над детьми прогнозировало проблемы поведения после оценки других неблагоприятных влияний детского возраста (Ferguson et al, 1996). В большом проспективном исследовании доказанных в суде случаев насилия и отсутствия заботы о ребенке 26% подвергавшихся насилию и брошенных подростков были антисоциальными, тогда как в подобранной группе сравнения таких подростков было 17%, что позволяет предположить умеренный, но продолжительный эффект насилия и отсутствия заботы (Widom, 1997). Исследование взаимосвязи между плохим обращением с ребенком и психопатологией представляет собой особую сложность из этических соображений. Мало что известно о возможных механизмах, связывающих плохое обращение и проблемное поведение, хотя к ним, по всей видимости, относятся такие из них, рассмотренные в этой главе, как угрозы безопасности привязанности, проблемы в регулировании аффекта, искажения в обработке информации и самооценке.

РИСКИ ВНЕ ПРЕДЕЛОВ СЕМЬИ

Район проживания

Длительное время считалось, что плохие районы оказывают отрицательное влияние на детей, способствуя развитию у них проблем в поведении. Родители делают все возможное для того, чтобы их дети проживали и ходили в школу в наилучших микрорайонах. Несмотря на то, что вполне очевидно, что в некоторых окрестностях уровень преступности выше, чем в других, по ряду причин, сложно документально подтвердить какую-либо прямую связь между особенностями района проживания и поведением ребенка. Так, например, характеристики района были представлены слишком простыми структурно-демографическими показателями, такими как процентное соотношение не белых жителей или процентное соотношение семей с одним родителем. Более того, дизайн исследований исключает альтернативную возможность, что семьи с антисоциальными членами склонны избирательно селиться в неблагополучных районах. Новое поколение исследований районов проживания направлено на решение этих задач (Beyers et al, 2003; Caspi et al, 2000; Sampson et al, 1997). В новых исследованиях высказывается предположение, что важные факторы местности проживания находятся за пределами структурно-демографических характеристик. Действительно влияют на проблемное поведение детей социальные процессы на уровне района проживания, такие как «совместная эффективность» и «социальный контроль», по всей вероятности, посредством поддержки или неспособности поддержать усилия родителей по воспитанию детей.

Сверстники

У детей с расстройствами поведения качество взаимоотношений со сверстниками значительно хуже, чем у здоровых детей. Поскольку они склонны группироваться с детьми с похожим антисоциальным поведением, с другими они строят негармоничные отношения и испытывают неприятие со стороны не девиантных сверстников (Vitaro et al, 2001). Были протестированы три принципиальных объяснения, для каждого из которых были получены доказательства. Или антисоциальное поведение детей приводит к проблемам во взаимоотношениях со сверстниками, или девиантные взаимоотношения со сверстниками приводят к антисоциальному поведению, либо некоторые общие факторы приводят и к тому, и к другому.

Что касается возможности того, что проблемы в поведении приводят к трудностям во взаимоотношениях со сверстниками, то имеются достаточные доказательства, что дети с установленными проблемами в поведении значительно чаще конфликтуют со сверстниками и с большей вероятностью будут отвергаться не девиантными детьми (Coie, 2004). Доказано, что такое отвержение сверстниками способствует снижению академической успеваемости и повышению агрессии в первый год обучения в начальной школе (Coie, 2004). Одним из последствий отвержения здоровыми детьми в возрасте до пяти лет является то, что агрессивнo-антисоциальные дети вынуждены группироваться с другими девиантными сверстниками (Farver, 1996; Fergusson et al, 1999).

Ввиду ограниченности данных о том, что проблемы во взаимоотношениях со сверстниками способствуют возникновению проблем поведения у детей и прева-лирования существенных доказательств, что проблемы со сверстниками являются следствием проблем поведения, имеются ли какие-либо основания считать, что процессы взаимоотношений со сверстниками влияют на дальнейшую динамику проблем с поведением? Что касается вероятности того, что сверстники влияют на проблемы в поведении, то, как оказалось, она может проявляться разными путями. Агрессивные дети объединяются между собой, и такие девиантные дети подкрепляют друг у друга антисоциальное поведение и установки (Boivin & Vitaro, 1995). Доказательства того, что влияние сверстников действительно повышает антисоциальное поведение, применимы преимущественно по отношению к подростковой стадии развития (Warr, 2002). Строгие доказательства были получены из опыта лечения: в двух контролируемых клинических исследованиях, у мальчиков, подвергнутых групповому лечению, результаты оказались хуже, чем в контрольной группе не лечившихся; лечение закончилось усугублением подростковых проблем и низким результатом (Dishion et al, 1999). После того, как мальчики были объединены в группы для прохождения лечения, они взаимно подкрепляли антисоциальное поведение друг друга, что свидетельствует в пользу индивидуального лечения. Экспериментальное исследование в естественных условиях, в ходе которого оценивалось антисоциальное поведение мальчиков, которые присоединялись к бандам, показало, что присоединение к банде повышало у каждого подростка показатель индивидуальной преступности, тогда как уход из банды приводил к значительному снижению этого показателя у каждого из них (Thornberry et al, 1993). В целом, мы должны принимать во внимание динамичность и взаимность влияния проблем в

поведении ребенка на то, кто является его другом, и какие из этих друзей впоследствии будут способствовать усугублению проблем с поведением у этого молодого человека (Vitaro et al, 2001).

От предикторов риска до доказательств причинной обусловленности

Выше представлены данные об связях между проблемами поведения и целым рядом факторов риска. Переменная считается фактором риска, если в отношении нее имеется документальное подтверждение прогностической связи с антисоциальными последствиями, независимо от того, является ли связь причинной. Причинный статус большинства факторов риска не известен; мы знаем, что они прогнозируют статистически возникновение проблем в поведении, но не знаем почему (Крамер, 2003). Установление причинной роли фактора риска не проводится напрямую, особенно в тех случаях, когда подвергание здоровых детей экспериментальному воздействию фактора риска (для наблюдения, способен ли данный фактор риска генерировать новые проблемы в поведении) – неэтично. Не существует единого решения проблемы, хотя такие подходы, как использование генетически чувствительного дизайна научных исследований, изучение изменений у одного индивида путем эксперимента в естественных условиях, а также исследование методов лечения, имеют относительные методологические преимущества в выявлении предполагаемых причинных влияний на проблемы в поведении. (Moffitt, 2005; Rutter, 2000; Rutter et al, 2006). В этой главе акцент сделан на факторах риска, причинная роль которых при проблемах в поведении научно доказана. Например, выше мы цитировали исследования, которые подтверждают такую причинную связь для слабой дисциплины по отношению к своим детям у матерей, страдающих депрессией (Kim-Cohen et al, 2005), плохого обращения с детьми (Dodge et al, 1995; Jaffee et al, 2004), бедности семьи (Costello et al, 2003), семейной генетической предрасположенности (Moffitt, 2005), и присоединения к делинквентным сверстникам (Dishion et al, 1999; Thornberry et al, 1993). Исследования с таким дизайном либо пользовались преимуществами экспериментов в естественных условиях, либо исключали альтернативные объяснения причинной связи (Moffitt, 2005). Другие, описанные здесь, факторы риска не были окончательно протестированы на причинность, но в отношении них есть данные, что они являются устойчивыми предикторами проблем в поведении, полученные во многих исследованиях, проведенных в разных контекстах (например, перинатальные осложнения, темперамент, вербальные и исполнительные дефициты, низкая частота сердечных сокращений, социальное познание, подверженность воздействию семейных конфликтов). Другие факторы риска имеют теоретическое обоснование, что послужило основанием для включения их в данную главу, однако доказательная база, которая могла бы продемонстрировать их достоверную связь с проблемами в поведении, все еще остается недостаточно веской (например, привязанность, нейромедиаторы, генотип MAO-A, курение в период беременности, контекст района проживания).

Таблица D.3.1 Факторы, прогнозирующие неблагоприятный исход

Начало	Раннее начало с серьезными проблемами до 8 лет
Феноменология	Серьезные, частые и разнообразные антисоциальные поступки
Коморбидность	Гиперактивность и проблемы с вниманием
Интеллект	Низкий IQ
Семейный анамнез	Криминальность родителей, алкоголизм
Воспитание	Грубое, непоследовательное воспитание с жесткой критикой, отсутствием теплоты, недостаточной заинтересованностью и слабым контролем.
Широкое окружение	Семья с низким уровнем доходов, проживающая в бедном районе с неэффективными школами

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Из тех детей, у которых расстройство поведения началось в раннем возрасте (до восьми лет), примерно у половины серьезные проблемы сохраняются и во взрослой жизни. При расстройстве поведения с преимущественным началом в подростковом возрасте, у большинства (более 85%) антисоциальное поведение прекращается к двадцати – двадцати пяти годам. Факторы, прогнозирующие неблагоприятный исход представлены в Таблице D.3.1.

Для того, чтобы выявить защитные факторы, были исследованы дети, поведение которых улучшалось, несмотря на неблагоприятные факторы риска. Однако было показано, что для этих, так называемых жизнестойких детей характерен более низкий уровень факторов риска – например, мальчик с антисоциальным поведением и низким IQ, проживающий в неблагополучном районе, но в семье с заботливыми, оказывающими поддержку родителями. Защитные факторы в большинстве случаев представляют собой противоположный конец спектра того же фактора риска. Так, хорошее воспитание и высокий IQ являются защитными. Тем не менее, существуют факторы, которые ассоциированы с жизнестойкостью, независимо от известных неблагоприятных влияний. К ним относятся: хорошие взаимоотношения как минимум с одним взрослым, который не обязательно должен быть кем-то из родителей; чувство гордости и самооценки; а также навыки и умения.

Отдаленные последствия

Исследования групп детей с ранним началом расстройства поведения указывают на широкий диапазон проблем, не ограничивающихся только антисоциальными действиями, как показано в Таблице D.3.2.

Очевидным является не только то, что у детей с расстройством поведения по мере взросления имеет место существенное увеличение частоты антисоциальных действий, но так же и то, что заметно ухудшается общее психологическое функцио-

нирование во взрослой жизни. Для большинства характеристик, представленных в Таблице D.3.2, показатели повышены практически в два раза у амбулаторных случаев, т.е. среди тех детей, которые никогда не направлялись на лечение, и в три – четыре раза у детей, направленных в стационар.

Таблица D.3.2 Последствия во взрослой жизни

Антисоциальное поведение	Более частые преступления связанные и не связанные с насилием, например, хулиганство, нанесение тяжких телесных повреждений, воровство, угон автомобилей, мошенничество
Психиатрические проблемы	Высокая частота выявления антисоциальной личности, злоупотребления алкоголем и наркотиками, тревоги, депрессии и соматических жалоб, эпизодов умышленных самоповреждений и завершённых суицидов, времени проведённого в психиатрических стационарах
Учеба и профессиональная подготовка	Более низкие результаты экзаменов, более частые прогулы и уходы со школы, более низкий уровень профессиональной квалификации.
Работа	Более частая безработица, частые смены места работы, низкий профессиональный статус и зарплата, повышенные требования льгот и прочих выплат
Социальная сеть	Немногочисленные или вообще отсутствующие друзья, ограниченные контакты с родственниками, соседями, клубами и организациями
Близкие отношения	Более частые кратковременные и бурные сожительства; партнеры часто также ведут антиобщественный образ жизни
Дети	Более высокая частота насилия над детьми; проблемы с поведением у потомков; дети, находящиеся под опекой
Здоровье	Более частые медицинские проблемы, ранняя смерть

Пути

Путь от расстройства поведения детского возраста к неблагоприятному исходу во взрослой жизни не является неизбежным и прямым. Многие воздействия вмешиваются в индивидуальное созревание и меняют направление жизненного пути. Многие из них могут усугублять проблемы. Так, начинающий ходить ребенок с раздражительным характером и ограниченным объемом внимания может не обучиться хорошим социальным навыкам, если он растет в семье, не занимающейся его воспитанием, в которой он может привлечь к себе внимание только единственным способом – совершая антисоциальные поступки, захватывая то, в чем нуждается. В школе он может попасть в группу девиантных сверстников, в которой поддерживаются насилие и другие антисоциальные действия, повышающие его самооценку. Его низкая академическая успеваемость и трудное поведение в классе может привести к частым прогулам и, как следствие, к еще большему отставанию в школе.

Он, таким образом, может бросить школу, не имея никакой квалификации, поэтому ему тяжело будет устроиться на работу, и тогда он может начать употреблять наркотики. Для того, чтобы добыть средства на наркотики он может вернуться к совершению преступлений, и, однажды осужденному, ему еще труднее будет найти работу. Из этого примера видно, что отрицательный опыт не проявляется пассивно и независимо от поведения молодого человека; скорее наоборот – поведение предопределяет его попадание в рискованную и разрушительную среду. Как следствие, значительно повышается количество неблагоприятных жизненных ситуаций. Путь от ранней гиперактивности до последующего расстройства поведения также не является прямым. При теплой и поддерживающей семейной атмосфере это менее вероятно, чем в случае постоянно критикующих и недружелюбных родителей.

Другие влияния могут, тем не менее, увести от антисоциального пути. Например, впечатляющее катamnестическое наблюдение делинквентных мальчиков до возраста 70 лет, проведенное Laub & Sampson показало, что к прекращению такого поведения могут привести: отделение от группы девиантных сверстников; женитьба на недевиантном партнере; переезд из неблагополучного района; служба в армии, во время которой приобретаются необходимые навыки.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

1. Привлечение семьи

В любой семье люди, обращающиеся за помощью в психиатрическое учреждение, с высокой долей вероятности, будут испытывать страх, что их посчитают плохими, а возможно и сумасшедшими. Семьи детей с проблемным поведением, вероятнее всего, будут малоимущими и дезорганизованными, находящимися в конфликте с официальными учреждениями, такими как школа, и чиновниками, наблюдающими за несовершеннолетними правонарушителями и будут с недоверием относиться к бюрократическому аппарату. Среди семей с проблемным поведением отмечается высокий показатель незавершенности курса лечения и он часто достигает 60% (Kazdin, 1996). Удержанию в лечении могут помочь такие практические меры, как помощь с транспортом, обеспечение ухода за ребенком и проведение сессий в вечернее или другое удобное для семьи время. Особое значение имеет формирование хорошего терапевтического альянса с семьей. Prinz and Miller (1994) показали, что включение стратегий привлечения семьи во время диагностической оценки, таких как демонстрация терапевтом понимания их точки зрения, приводило к повышению показателя посещаемости терапевтических сессий. По результатам мета-анализа, проведенного Shirk and Carver (2003), качество альянса между терапевтом и семьей влияет на успех терапии, начиная уже с момента вовлечения семьи в процесс лечения, отвечая за 15% дисперсии исхода.

2. Подбор метода лечения и того, кто будет его реализовывать

Если это возможно, вмешательство скорее необходимо направить на каждый специфический контекст, а не предполагать, что успех лечения в одной сфере повлечет за собой улучшение в другой. Так положительные изменения в домашних условиях, связанные с успешной программой тренинга по воспитанию не обязательно приведет к ослаблению антисоциального поведения в школе (Scott, 2008). Если проблемой является поведение в классе, и посещение школы показывает, что учитель не использует эффективные методы, то очень эффективными будут рекомендации учителю и другому персоналу школы. Там, где присутствуют распространённые проблемы, включая драки со сверстниками, необходимо добавить индивидуальную работу по умению владеть собой и развитию социальных навыков. Использование медикаментов является предметом дискуссий и в большинстве случаев не рекомендовано; возможные показания рассмотрены ниже. В общем, в связи с достоверными доказательствами его эффективности, в качестве терапии первой линии необходимо использовать тренинг для родителей.

Большинство стран располагают всеми необходимыми ресурсами для лечения всех видов антисоциального поведения детского возраста, поэтому необходимо принять решение могут ли быть привлечены другие учреждения. Так как тренинги для родителей проводятся целым рядом учреждений некоммерческого сектора, школы также могут разрабатывать соответствующие бихевиоральные программы.

3. Развитие сильных сторон

Выявление сильных сторон ребенка и его семьи имеет решающее значение. Это помогает вовлечению и повышает шансы на успех лечения. Поощрение способностей помогает ребенку проводить больше времени, ведя себя конструктивно, а не деструктивно – например, если больше времени тратится на игру в футбол, то меньше остается на праздное шатание по улицам в поисках проблем. Поощрение просоциальных занятий – например, завершение хорошей картины или достижения в игре на музыкальном инструменте, дает ощущение достижения успеха, повышает самооценку и вселяет надежду на будущее.

4. Лечение коморбидных состояний

Антисоциальное поведение ребенка настолько сильно влияет на других людей, что коморбидные состояния могут быть легко упущены из вида. Все же, при направлении в клинику коморбидность является скорее правилом, чем исключением. Наиболее частыми сопутствующими состояниями являются депрессия и СДВГ; у некоторых может наблюдаться ПТСР, например, в контексте жертвы насилия со стороны отца или свидетеля избиения матери ее партнером.

5. Содействие социальному и академическому обучению

Лечение подразумевает собой что-то большее, чем ослабление антисоциального поведения – так прекращение вспышек гнева или агрессии, не смотря на полезность, не приведет к хорошему функционированию, если у ребенка отсутствуют навыки приобретать друзей или договариваться: позитивному

поведению также необходимо учиться. Специфические трудности с обучением, такие как задержка навыков чтения, особенно часто встречающиеся у таких детей, нуждаются в лечении, равно как и общие проблемы, такие как планирование домашней работы.

6. Использование руководств

Американская академия детской и подростковой психиатрии (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) опубликовала практические методические рекомендации по диагностике и лечению расстройства поведения (AACAP 1997); Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Великобритании (UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)) опубликовал «технологическую оценку» клинической и экономической эффективности программ по обучению родителей (2006) и должен в 2013 году опубликовать руководство по диагностике и лечению расстройств поведения.

7. Лечение ребенка в естественных для него условиях

Большинство из описанных выше вмешательств предназначено для использования в амбулаторных условиях. Психиатрическая госпитализация показана в очень редких случаях; отсутствуют данные о том, что стационарное лечение приводит к результатам, которые сохраняются после возвращения ребенка в семью.

Специфические вмешательства

Основанные на семейных отношениях

Наиболее известной в контексте делинквентности является Функциональная семейная терапия (Functional Family Therapy), представленная James Alexander и коллегами в 1969 году (Alexander et al, 2000). Эта терапия задумывалась как практически применимая и относительно недорогая. Функциональная семейная терапия (ФСТ) реализуется в виде 8-12 одночасовых сессий в домашних условиях, для того чтобы избежать проблем посещаемости, очень распространенных в этой группе. При трудноизлечимых случаях рекомендовано 26 – 30 часов, обычно в течение трех месяцев. Целевой диапазон возраста от 11 до 18 лет. Выделяют четыре фазы лечения. Первые две – это *фазы вовлечения и мотивации*. На этом этапе терапевт интенсивно работает над усилением ощущения, что изменения возможны и минимизацией ощущений, которые могут означать неэффективность или неприемлемость (например, плохое впечатление от программы, труднодоступность, безразличие к направлению). Цель – удержать семью в терапии, а затем перейти к установлению того, что именно хочет семья. Из технических приемов используется *рефрейминг*, посредством которого положительные качества повышаются (например, молодой человек, который совершает много правонарушений, но не попадает, обозначается как чистый) и выявляется эмоциональная мотивация (например, которая постоянно придирается, может быть обозначена как заботливая, расстроенная и обиженная).

Семьи поощряются к тому, чтобы воспринимать себя как делающие все возможное в данных условиях. *Решение проблем и изменение поведения* не начинаются до тех пор, пока мотивация не усилится, негативные явления уменьшатся, и не установится позитивный альянс. Открытые усилия прилагаются для прекращения раскручивания негативных спиралей в семейных взаимоотношениях, путем прерывания и переключения потока негативных, обвинительных реплик. Переосмысление не преуменьшает влияние негативного поведения, но все члены семьи к концу этих двух фаз должны чувствовать, что:

- Они, по сути, не плохие, просто то, что они раньше делали и как это делали, не действовало
- Несмотря на то, что они совершали ошибки, терапевт поддерживает их, также как и всех остальных
- Даже если они по-разному воспринимают проблемы, каждый член семьи должен внести свой вклад в ее решение
- Даже если им придется многое изменить, терапевт будет упорно работать над тем, чтобы защитить их и кого-либо другого в семье
- Они хотят прийти на следующую сессию, поскольку похоже, что все изменяется в лучшую сторону

Третья фаза ФСТ направлена на *изменение поведения*. В ней имеются два главных элемента – коммуникационный тренинг и тренинг для родителей. Успех этой фазы зависит от успешного завершения первых двух – это является обязательным условием начала третьей фазы (этим данная терапия отличается от некоторых программ, в которых для каждой задачи выделяется определенное количество сессий, независимо от степени прогресса семьи). Третья фаза реализуется гибко, в зависимости от потребностей семьи. Таким образом, если мы имеем дело с двумя родителями, которые постоянно ругаются между собой, и это отражается на подростке, усилия будут направлены на «супружескую подсистему», с использованием стандартных техник, которые включают:

1. Использование обращения от первого, а не от второго лица (вместо: «Ты неряха» – «Я расстраиваюсь, когда вижу, как ты бросаешь носки где попало»)
2. Прямое обращение (вместо жаловаться партнеру: «он никогда...», сказать об этом молодому человеку прямо)
3. Краткость вместо долгих разговоров
4. Уточнения, какое поведение желательно
5. Предложение молодому человеку альтернатив
6. Активное слушание.

При проведении тренинга для родителей используются те же технические приемы, что и при стандартных подходах, и включают: похвалу, подкрепление (в ФСТ это называется *заклчением договора* – например: «если ты каждый день будешь возвращаться домой до 18.00, то в воскресенье мы пойдем с тобой в кино»), установление ограничений и мер, последующих в случае нарушения установленных правил и договоренностей (например, лишение телевизора за сквернословие).

Четвертой и финальной является фаза обобщения ФСТ. Цель этой фазы заключается в том, чтобы достижения, полученные в нескольких специфических ситуациях, обобщить для использования в других подобных семейных ситуациях, чтобы помочь молодому человеку и его семье положительно решить проблемы взаимоотношений с общественными учреждениями, такими как школа, а также помочь им получить доступ к необходимым ресурсам. Иногда, для достижения последней цели, терапевту приходится стать для семьи куратором, ведущим ее дела. Таким образом, для того чтобы эффективно заниматься такими делами, терапевт должен хорошо ориентироваться в том, какие существуют общественные учреждения, и как эта система работает.

Эффективность

Эффективность ФСТ доказана. Было проведено 10 исследований, в которых были воспроизведены условия первоначального опыта (Alexander et al, 2000), из которых половина – независимо от разработчиков, кроме того, в Швеции осуществляются еще четыре исследования. Все опубликованные до сих пор результаты оказались положительными, при этом показатель рецидивов, как правило, был ниже на 20 – 30%, чем в контрольной группе.

Многокомпонентные вмешательства

Мультисистемная терапия

Мультисистемная терапия (МСТ) будет использована в качестве примера, так как это один из наиболее эффективных методов лечения подобного типа. МСТ разработана Henggeler и коллегами в США (Huey et al, 2000), и базируется на девяти принципах лечения:

1. Необходимо провести определенную оценку, чтобы определить соотношение между проблемами и более широким окружением: проблемы рассматриваются как реакция на специфический контекст – не обязательно, как внутренние дефициты
2. При терапевтическом контакте акцент делается на системных позитивных сторонах, и по ним оценивается уровень изменений. Эти сильные стороны идентифицируются при проведении диагностической оценки (к ним могут относиться достижения в спорте, хорошие отношения с бабушкой, наличие просоциальных сверстников среди соседей и т.п.). Реализация этого принципа означает, что во время каждого контакта необходимо осознавать эти сильные стороны и работать над ними.
3. Вмешательства спланированы таким образом, чтобы поощрять ответственное поведение и подавлять безответственное.
4. Вмешательства сфокусированы на настоящем, ориентированы на действия и имеют специфические, хорошо определенные цели. Подход направлен на то, что может быть сделано здесь и сейчас, а не на понимание прошлого семьи и молодого человека, необходимость в котором подчеркивается при реализации некоторых других методов терапии.

5. Вмешательства направлены на последствия поведения во многих системах, которые поддерживают проблемы.
6. Вмешательства применяются с учетом уровня развития. Они должны соответствовать стадии и личному уровню членов семьи.
7. Вмешательства требуют ежедневных или еженедельных усилий со стороны членов семьи. Это позволяет быстро реализовывать на практике новые навыки и часто получать обратную связь относительно приложенных усилий. Невыполнение соглашений по лечению быстро становится очевидным.
8. Эффективность вмешательства оценивается постоянно и с разных перспектив, при этом команда специалистов берет на себя ответственность за преодоление препятствий на пути к успешному результату.
9. Вмешательства спланированы таким образом, чтобы способствовать генерализации лечения путем предоставления родителям возможности направлять усилия на потребности молодых людей в разных контекстах.

Реализация терапии строго контролируется посредством еженедельного мониторинга прогресса. Если имеются барьеры, препятствующие улучшению, необходимо срочно принять необходимые меры. Предположения о том, что происходит в семье и окружающих молодого человека системах необходимо проверять в свете прогресса. Учитывая интенсивность работы, клиницисты занимаются одновременно 4-6 случаями. Особое внимание уделяется контролю качества, который реализуется через еженедельную оценку выполнения предписанных заданий, а родители и молодые люди еженедельно самостоятельно заполняют вопросники, из которых видно получали ли они терапию в соответствии с планом. Терапия длится три месяца, после чего прекращается.

Эффективность

Первый массив данных полученных в исследованиях исхода, проведенных разработчиками метода, был позитивным. Так, мета-анализ публикаций до 2002 года включительно, осуществленный группой исследователей, в которую вошел один из разработчиков – Charles Borduin, показал, что в 7 исследованиях исхода, в которых МСТ сравнивалась с обычными и альтернативными методами лечения, которые были реализованы в отношении 708 молодых людей 35 терапевтами, средняя общая величина эффекта по нескольким показателям составила 0,55 (Curtis et al, 2004). Показатели исхода расположились в следующем порядке: противоправное поведение (аресты, дни, проведенные в тюрьме, противоправные действия и употребление наркотиков по данным самоотчетов), для которого величина эффекта (ВЭ) составила 0,50, взаимоотношения со сверстниками (ВЭ:0,11), взаимоотношения в семье (по данным самоотчетов ВЭ: 0,57, по результатам наблюдений ВЭ: 0,76) и индивидуальные симптомы психопатологии у молодых людей и родителей (ВЭ: 0,28). Однако в трех исследованиях в группе, где в качестве терапевтов работали специалисты, непосредственно обученные разработчиками этого метода терапии, были получены значительно более

высокие показатели величины эффекта (в среднем 0,81), чем в группе местных терапевтов, над которыми разработчики осуществляли только супервизию, где величина эффекта составила всего 0,26.

Долгосрочное катамнестическое наблюдение через 14 лет (когда средний возраст участников составил 29 лет), проведенное разработчиками одного из первых исследований (в котором 176 случаев были подвергнуты либо МСТ, либо обычной индивидуальной терапии), дало показатель рецидивирования 50% и 80% соответственно. Однако следующим этапом оценки любой терапии должно быть исследование ее эффективности при использовании командой специалистов, которые не имеют никаких ни финансовых, ни служебных отношений с разработчиками (хотя они могут платить разработчикам за материалы и супервизию) и осуществленное независимой группой ученых (Littell, 2005). Была проведена только одна независимая оценка, в которой был осуществлен надлежащий статистический анализ всех рандомизированных пациентов в большой выборке ($n=409$) в Онтарио (Канада). По результатам этого исследования МСТ, по сравнению с обычными методами лечения, не привела к более выраженному улучшению ни по одному из показателей исхода, ни непосредственно после завершения курса лечения, ни через три года катамнестического наблюдения (Lescheid & Cunningham, 2002). Небольшое независимое исследование ($n=75$), проведенное в Норвегии, оказалось более позитивным, выявив ВЭ в 0,26 при делинквентности по данным самоотчетов, 0,50 по оценкам родителей, и 0,68 по оценкам учителей, хотя объем потерянных данных составил 40%.

Вмешательства, которые не работают

Краткосрочные лишения свободы в условиях лагерей в военном стиле со строгим режимом, так называемые «учебки» (исправительные учреждения для несовершеннолетних), до сих пор очень популярны в США. Такие учреждения были спроектированы Управлением правосудия по делам несовершеннолетних и профилактике подростковой преступности в 1992 году, когда были реализованы 3 пилотных программы. Однако в нескольких обзорах были сделаны выводы, что эти учреждения неэффективны (Tyler et al, 2001; Stinchcomb, 2005; Benda, 2005; Cullen et al, 2005). Рандомизированное контролируемое исследование, проведенное Органом по делам молодежи в Калифорнии, в ходе которого были использованы материалы долгосрочных арестов, не обнаружило разницы между такими учебками и стандартным тюремным заключением или условно-досрочным освобождением (Bottcher & Ezell, 2005). Для сравнения, мета-анализ 28 исследований школ выживания для подростков обнаружил общую величину эффекта в 0,18, при этом показатель рецидивирования составил 29% против 37% в контрольной группе (Wilson & Lipsey 2000). Наиболее эффективными были программы с интенсивными физическими нагрузками и индивидуальной терапевтической составляющей. Еще один подход заключается в том, чтобы попытаться запугать юных правонарушителей, проводя для них посещение тюрем с целью удержать от дальнейшего совершения правонарушений. Примером может быть программа – «Воспитание испугом». Однако, мета-анализ девяти контролируемых испытаний обнаружил, что такое вмешательство оказалось в большей

степени вредным чем неэффективным и приводило к ухудшению результатов у участников (Petrosino et al, 2003).

Медикаменты

В настоящее время не существует фармакологических вмешательств, одобренных для применения при расстройствах поведения. Однако в США лекарственные препараты используются относительно часто и все больше и больше в этой популяции (Steiner et al, 2003; Turgay, 2004). Врачей первичного звена медицинской помощи часто ставят перед необходимостью назначать такие медикаменты. Опасения вызывает то, что врачи первичной помощи недостаточно подготовлены по проблемам психопатологии развития и не располагают необходимым временем для адекватной диагностики и мониторинга (Vitiello, 2001). В Великобритании применение медикаментов в целом не поддерживается как рекомендуемая норма, потому что количество легко воспроизводимых испытаний их эффективности ограничено, особенно с участием детей без СДВГ.

Из фармакологических вмешательств, используемых для лечения молодых людей с проблемами в поведении, лучше всего изучены психостимуляторы (метилфенидат и дексамфетамин), которые применялись при коморбидности СДВГ с расстройством поведения. В этом случае имеются доказательства того, что уменьшение гиперактивности/импульсивности приводит также к ослаблению проблем с поведением (Connor et al, 2002; Gerardin et al, 2002). В настоящее время недостаточно данных для того, чтобы понять, способны ли психостимуляторы уменьшать агрессию при отсутствии симптомов СДВГ. В одном из исследований Klein et al (1997) установили, что положительная динамика симптомов расстройства поведения не зависит от ослабления симптомов СДВГ, однако эти результаты требуют повторения.

При расстройствах поведения применяются также фармакологические средства, направленные на реактивную агрессию и чрезмерное возбуждение, преимущественно у крайне агрессивных и находящихся на стационарном лечении в психиатрических учреждениях молодых людей. К медикаментам, используемым при таких состояниях, относятся средства, нацеленные на дисрегуляцию аффекта (например, буспирон, клонидин) и нормотимики (например, литий, карбамазепин). В то время, как Campbell et al установили, что литий редуцировал агрессию и враждебность у госпитализированных в психиатрическое учреждение молодых людей (Campbell et al, 1995; Malone et al, 2000), другим исследователям не удалось продемонстрировать его эффективность в амбулаторных условиях (например, Klein, 1991), а также при использовании более коротких курсов лечения (например, 2 недели и меньше) (Rifkin et al, 1997). По данным двойных слепых рандомизированных исследований карбамазепин не превзошел по эффективности плацебо (Cueva et al, 1996). Hazell and Stuart (2003) при проведении плацебо контролируемого рандомизированного исследования обнаружили, что у детей с агрессией и гиперактивностью сочетание клонидина и стимуляторов оказалось более эффективным, чем сочетание стимуляторов и плацебо. Однако необходимо отметить, что одновременное назначение нескольких лекарственных средств повышает риск возникновения побочных эффектов (Impicciatore et al, 2001).

За последние несколько лет значительно возросло применение нейролептиков, таких как рисперидон, и других лекарственных препаратов, таких как клонидин в амбулаторных условиях. Однако имеются только ограниченные доказательства их эффективности при расстройстве поведения у детей с нормальным IQ и без симптомов СДВГ. По данным обзора, проведенного Pappadopoulos et al (2006) величина эффекта была выше при наличии симптомов СДВГ и интеллектуальной недостаточности. Findling et al (2000) в двойном слепом плацебо контролируемом исследовании обнаружили существенное кратковременное прекращение агрессии в небольшой группе испытуемых (n=10). В двойном слепом плацебо контролируемом исследовании под названием «Группа исследования применения рисперидона при расстройстве социального поведения» был изучен эффект рисперидона у 110 детей с IQ ниже среднего и проблемами поведения. Результаты показали, что применение рисперидона привело к более значительному улучшению, по сравнению с плацебо (Aman et al, 2002; Snyder et al, 2002), однако неясно, можно ли эти результаты применить к детям с нормальным IQ. Нейролептики нового поколения, хотя и не обладают выраженным седативным действием, имеют значительные побочные эффекты, например, рисперидон обычно вызывает значительное увеличение массы тела, кроме того, ничего неизвестно о двигательных расстройствах в долгосрочной перспективе (Reyes et al, 2006). Когда нейролептики могут быть показаны? Клинический опыт свидетельствует о том, что они могут в некоторых случаях существенно ослаблять агрессию, особенно если мы имеем дело со слабым контролем над эмоциями и продолжительными приступами ярости. Назначение нейролептиков на относительно короткий период времени (например, до 4 месяцев) в низких дозах (например, не больше 1–1,5 мг рисперидона в день) может помочь семьям справиться с такими проблемами. В течение этого времени важно использовать более эффективные психологические методы. Тем не менее, нейролептики не рекомендованы в других, не чрезвычайных обстоятельствах.

- Achenbach TM, Edelbrock C (1983). Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile, Burlington, VT: Queen City Printers.
- Adler LA (2008). Diagnosing and treating adult ADHD and comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69:e31.
- Aebi M, Müller UC, Asherson P et al (2010). Predictability of oppositional defiant disorder and symptom dimensions in children and adolescents with ADHD combined type. *Psychological Medicine*, 40:2089–2100.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:122S-139S.
- American Academy of Pediatrics (2008). American Academy of Pediatrics/ American Heart Association clarification of statement on cardiovascular evaluation and monitoring of children and adolescents with heart disease receiving medications for ADHD. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29:335.
- American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128:1007-1022.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition), Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) Text Revision, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold A, Costello E (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:39–48.
- Antshel KM, Barkley R (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 17:421-437, x.
- Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B et al (2002). Obstetric complications and adolescent violent behaviors: Testing two developmental pathways. *Child Development*, 73:496-508.

- Bandura A (1997). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH et al (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 288:728-737.
- Biederman J, Spencer TJ (2008). Psychopharmacological interventions.
- Blair RJ, Peschardt KS, Budhani S et al (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:262.
- Brennan PA, Grekin ER, Mednick SA (2003). Prenatal and perinatal influences on conduct disorder and serious delinquency. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp319-344.
- Burke JD, Loeber R, Lahey BB et al (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:1200-1210. to identify environmental effects on behavioral development. *Developmental Psychology*, 40:149-161.
- Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E et al (1995). Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity
- Castellanos FX, Sonuga-Barke EJ, Milham MP et al (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10:117-123.
- Charach A, Dashti B, Carson P et al (2011). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/191/818/CER44ADHD_20111021.pdf
- Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17:439-58, xi.
- Clements SD, Peters JE (1962). Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 6:185-197.
- Conger RD, Ge X, Elder GH et al (1994). Economic stress, coercive family process and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65:541-561.
- Conners CK, Barkley RA (1985). Rating scales and checklists for child psychopharmacology. *Psychopharmacology Bulletin*, 21:809-843.
- Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID et al (2002). Psychopharmacology and aggression. I: A metaanalysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:253-261. and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52:916-924.
- Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ et al (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66:764-772.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844.

- Curtis NM, Ronan KR, Borduin CM (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18:411-419.
- Dodge KA (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. In LW Porter, MR Rosenweig (eds), *Annual Review of Psychology*, 44:559-584.
- Eyberg SM, Robinson EA (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12:347-354.
- Eyberg SM, Ross AW (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7:113-116.
- Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE et al (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57:1313-1323.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:1203-1211.
- Fraser A, Wray J (2008). Oppositional defiant disorder. *Australian Family Physician*, 34:402-405.
- Frick PJ, O'Brien BS, Wootton JM et al (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 103:700-707.
- Ge X, Conger RD, Cadoret RJ et al (1996). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology*, 32:574-589.
- Gerardin P, Cohen D, Mazet P et al (2002). Drug treatment of conduct disorder in young people. *European Neuropsychopharmacology*, 12:361-370.
- Glueck S, Glueck E (1950). *Unraveling Juvenile Delinquency*, New York, NY: The Commonwealth Fund, p133.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586. Goodman R, Ford T, Richards H et al (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:645-655.
- Hill J (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:133-164.
- Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE et al (2005). Nature x nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and Psychopathology*, 17:67-84.
- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:28-38.
- Keenan K, Shaw DS (2003). Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behaviour in the first years of life. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp153-181.

- Kessler RC, Adler LA, Barkley R et al (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 57:1442-1451.
- Kieling C, Goncalves RR, Tannock R et al (2008). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 17:285-307, viii.
- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al (2005). Maternal Moffitt TE (2005a). Genetic and environmental influences on depression and child antisocial behavior: Nature and antisocial behaviors: Evidence from behavioral-genetic nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62:173-research. *Advances in Genetics*, 55:41-104. 181.
- Kraemer HC (2003). Current concepts of risk in psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16:421-430.
- Lee SI, Schachar RJ, Chen SX et al (2008). Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:70-78.
- Leibenluft E (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168:129-142.
- Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL et al (2011). Cognitive behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 20:305-318.
- Luria AR (1961). *The Role of Speech and the Regulation of Normal and Abnormal Behaviour*. New York: Basic Books.
- Lynam DR, Henry W (2001). The role of neuropsychological deficits in conduct disorders. In J Hill, B Maughan (eds). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL (2003). Persistence of attentiondeficit/hyperactivity disorder into adulthood: what have we learned from the prospective follow-up studies? *Journal of Attention Disorders*, 7:93-100.
- Maughan B (2001). Conduct disorder in context. In J Hill, B Maughan (eds) *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp169-201.
- Maughan B, Rowe R, Messer J et al (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:609-621.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R et al (2000). *The Mental Health Of Children And Adolescents in Great Britain*. Office for National Statistics.
- Moffitt TE (1993). "Life-course-persistent" and "adolescence-limited" antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100:674-701.
- Moffitt TE, Scott S (2008). Conduct disorders. In M Rutter, D Bishop, D Pine et al (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp543-564.

- Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64:1032-1039.
- Murray J, Farrington DP (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55:633-642.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2006). Conduct Disorder in Children - Parent Training/Education Programmes (TA102)
- Neale BM, Medland SE, Ripke S et al (2010). Meta-analysis of genome-wide association studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:884-897.
- Nelson RJ (2006). *Biology of Aggression*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- NICE (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People, and Adults.
- Nigg J, Nikolas M, Burt SA (2010). Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49:863-873.
- Nigg JT (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:395-422.
- Oppositional defiant disorder D.2 subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*, 64:476-484.
- Pennington BF, Ozonoff S (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37:51-88.
- Pliszka S (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46:894-921.
- Polanczyk G, Caspi A, Houts R et al (2010). Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: results from a prospectively studied birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:210-216.
- Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL et al (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164:942-948.
- Reynolds CR, Kamphaus RW (2004). *BASC-2: Behavior Assessment System for Children*, Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Rhee SH, Waldman ID (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, 128:490-529.
- Rowe R, Costello EJ, Angold A et al (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119:726-738.

- Rowe R, Maughan B, Pickles A et al (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:365-373.
- Rutter M, Giller H, Hagell A (1998). *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Schwab-Stone M, Fisher PW, Piacentini J et al (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children--Revised version (DISC--R): II. Test-retest reliability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:651-657.
- Sciutto MJ, Eisenberg M (2007). Evaluating the evidence for and against the overdiagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11:106-113.
- Séguin JR, Boulerice B, Harden PW et al (1999). Executive functions and physical aggression after controlling for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, general memory, and IQ. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40:1197-1208.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas C (2004). The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC): Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment. In MJ Hilsenroth, DL Segal, M Hersen (eds). Willey, pp256-270.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas C et al (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses.
- Shaffer D, Schwab-Stone M, Fisher P et al (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:643-650.
- Sharkey L, Fitzgerald M (2007). The History of attention deficit hyperactivity disorder. In: Fitzgerald M, Bellgrove M, Gill M (eds.) *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (1st ed). West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Shirk SR, Karver M (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71:452-464.
- Steiner H, Saxena K, Chang K (2003). Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. *CNS Spectrums*, 8:298-308.
- Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E et al (2012). Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *American Journal of Psychiatry*, 169:47-54.
- Swanson JM, Kinsbourne M, Nigg J et al (2007). Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychology Review*, 17:39-59.

- Taylor E, Sonuga-Barke E (2008). Disorders of attention and activity. In: Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds.) *Rutter's Child & Adolescent Psychiatry* 5th ed. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Thomas A, Chess S, Birch HG (1968). *Temperament and Behaviour Disorders in Children*. New York: New York University Press.
- Turgay A (2004). Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4:623-632.
- Vitiello B (2001). Psychopharmacology for young children: clinical needs and research opportunities. *Pediatrics*, 108:983-9.
- Widom CS (1997). Child abuse, neglect and witnessing violence. In D Stoff, J Breiling, JD Maser (eds), *Handbook of Antisocial Behaviour*, New York, NY: John Wiley and Sons, pp159-170.
- World Health Organisation (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*, Geneva: World Health Organisation.

D

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Cho Aline J M

Department of Psychiatry, University of São Paulo, Brazil; National Institute of Developmental Psychiatry for Children and Adolescents, Brazil

Moriyama Tais S MSC

Department of Psychiatry, University of São Paulo, Brazil; National Institute of Developmental Psychiatry for Children and Adolescents, Brazil

Quy Katie MSc

Institute of Education, Thomas Coram Research Unit, London, UK

Stringaris Argyris MD, PhD, MRCPsych

Senior Lecturer, King's College London, Institute of Psychiatry, UK & Consultant Child and Adolescent Psychiatrist, Mood Disorder Clinic, Maudsley Hospital, London, UK

Scott Stephen BSc, FRCP, FRCPSych

Professor of Child Health and Behaviour; Head, National Specialist Conduct Problems Clinic; Head, National Specialist Adoption and Fostering Clinic & Director of Research, National Academy for Parenting Practitioners, London, UK

Verin Rachel E MIPH

Department of Psychiatry, University of São Paulo, Brazil; National Institute of Developmental Psychiatry for Children and Adolescents, Brazil