



ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕПРИВАЦИОННЫХ УСЛОВИЯХ

Москва
2015

Благотворительный фонд социальной помощи и поддержки
имени Я. Корчака

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ
В ДЕПРИВАЦИОННЫХ УСЛОВИЯХ**

Москва
2015

Автор: Портнова Анна Анатольевна, д.м.н.

В методических рекомендациях описано психические нарушения, развивающиеся в результате воздействия факторов семейной депривации. Приведены клинические критерии психических расстройств, основанные на Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Представлены психодиагностические опросники, удобные и простые в применении. Даны методологические рекомендации по проведению обследования детей и подростков. Для врачей-психиатров, психологов, педагогов и социальных работников.

Введение

Диагностика психических расстройств у детей, оказавшихся в условиях социальной депривации, является одним из важнейших компонентов выявления группы риска по развитию злоупотребления психоактивными веществами.

Известно, что такие виды зависимости, как табачная, алкогольная, наркотическая, а также токсикомания, имеют высокий уровень сопряженности с психической патологией.

Мероприятия, направленные на своевременное выявление и коррекцию психопатологической симптоматики необходимо учитывать при планировании программ комплексной медико-социальной помощи детям, оказавшимся в депривационных условиях.

В нашем обществе на современном этапе социо-экономического развития увеличивается количество детей, которым в силу различных причин недостает семейной заботы, которые находятся в трудной жизненной ситуации и требуют особого отношения к себе со стороны государства. Трудная жизненная ситуация — широкое понятие, определенное в Федеральном законе «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». Это дети-сироты, дети-инвалиды, дети, которые живут в семьях, где родители инвалиды или безработные, воспитанники интернатов или подростки, выходящие из колоний для несовершеннолетних.

Воспитание в условиях казенных учреждений, пусть даже самых лучших, имеет негативное, в том числе и патологическое влияние на формирующуюся личность. Основной характеристикой такой социальной ситуации развития является материнская, эмоциональная и сенсорная депривация. Именно с материнской депривацией связывают специфику личностного развития многих воспитанников интернатных учреждений, которая состоит в задержках, а также в серьезных отклонениях психического развития. Длительная и жесткая депривация, начавшаяся в младенчестве и продолжающаяся первые три года жизни, обычно приводит к тяжелым последствиям для интеллектуального и личностного развития, мало поддающимся исправлению.

Самым тяжелым и трудно компенсируемым следствием дефицита материнской теплоты и постоянства материнской заботы служит отсутствие у ребенка базового доверия к миру, что, в свою очередь, порождает страх, агрессивность, недоверие к другим людям, инфантилизм.

Основное значение в развитии и усвоении детьми общественно-исторического опыта человечества придает общению. И чем младше ребенок, тем большее значение для его развития имеет общение с окружающими, с родственниками, или постоянные контакты ребенка с воспитывающими его людьми.

Дети, воспитанные в условиях материнской депривации, отличаются от сверстников из семей не просто недоразвитием или отставанием психического созревания, но и формированием специфических механизмов приспособления к жизни вне семьи что

объясняется отсутствием у ребенка возможностей выполнять функции члена семьи и играть другие социальные роли.

Таким образом, следствием неродительского воспитания могут выступать недоверие, настороженность, враждебность к миру; деформации в развитии самосознания и произвольных форм поведения; инфантилизм. Однако при всей пагубности влияния, материнская депривация фатально не предопределяет деформации психического развития. На подростковом, юношеском и более позднем возрастных этапах при благоприятных условиях жизни вполне достижимо определенное уравнивание психического «искривления», компенсирование задержанного темпа психофизического развития.

Эмоциональная депривация означает недостаточное удовлетворение, прежде всего, аффективных, потребностей человека (эмоциональное лишение, отчуждение, обособление). Отсутствие эмоциональной связи в виде любви, внимания и нежных чувств, наряду с другими лишениями, имеет патогенное значение для развития индивида с широким спектром проявлений в виде снижения коммуникативно-познавательной активности, дефицитарности мотивационно-потребностной сферы, эмоционально-личностных нарушений и аффективных расстройств поведения.

Сенсорная депривация может возникать, когда по тем или иным причинам человек испытывает так называемый *сенсорный голод*, не получает достаточного количества стимулов — зрительных, слуховых, осязательных и прочих. Для описания подобных жизненных условий психологи также пользуются понятием *обедненная среда*, а в последнее время — *обедненная информационная среда*.

В обедненную среду часто попадает ребенок, оказавшись в детском доме, больнице, интернате или другом учреждении закрытого типа. Такая среда, вызывая сенсорный голод, вредна для человека в любом возрасте. Однако для ребенка она особенно губительна.

Как показывают многочисленные психологические исследования, необходимым условием для нормального созревания мозга в младенческом и раннем возрасте является достаточное количество внешних впечатлений, так как именно в процессе поступления в мозг и переработки разнообразной информации из внешнего мира происходит упрощение органов чувств и соответствующих структур мозга. Было установлено, что те участки мозга ребенка, которые не упражняются, перестают нормально развиваться и начинают атрофироваться. Если ребенок находится в условиях сенсорной изоляции (например, в условиях дома ребенка), то происходит резкое отставание и замедление всех сторон развития, своевременно не развиваются движения, не возникает речь, отмечается торможение умственного развития.

Беззащитность и зависимость (темное помещение, руки в перчатках) возвращают испытуемых в ситуацию раннего детства (связи с матерью). С патофизиологической точки зрения в основе психической депривации лежит понижение активности ствола мозга, в частности ретикулярной формации, и коры мозга. Это ведет к ограничению состояния бодрствования и, следовательно, к дезорганизации психических процессов.

Другие проявления депривационного развития могут состоять в замедлении и дезорганизации развития психических процессов; задержке процесса становления ориентировочно-исследовательского поведения; снижении коммуникативной активности и трудностях при взаимодействии с окружающими людьми; нарушении процесса социального и профессионального самоопределения и др.

При этом неизбежна когнитивная незрелость, например, снижение познавательных интересов, а также затруднения в понимании и предвосхищении событий, что в свою очередь повлечет несостоятельность интеллектуального и личностного развития в виде иррегулярности или недостаточности.

Выделяют кроме вышеперечисленных и такие виды депривации, как двигательная, информационная, социальная, сексуальная.

Двигательная депривация происходит когда возникает резкое ограничение движения, например, в результате травм или болезней. Особенно тяжелы последствия двигательной депривации для детей. Сегодня широко признано, что тугое пеленание грудных младенцев (свивальник), традиционное для некоторых культур, имеет отрицательные последствия не только медицинского или физиологического характера, но и сугубо психологические. Наблюдения показывают, что уже на первом месяце жизни младенцы проявляют сильное беспокойство при ограничении движений, вызванном, например, тугим пеленанием. Обнаружено также, что, если ребенок находится в условиях хронической гиподинамии, то у него развивается эмоциональная вялость и возникает компенсаторная двигательная активность — раскачивание тела из стороны в сторону, стереотипные движения руками, сосание пальцев и т. п. Эти движения довольно быстро закрепляются и мешают прогрессивному развитию всей двигательной сферы.

Стереотипное раскачивание из стороны в сторону, которое может продолжаться часами, многие исследователи наблюдали у маленьких детей из закрытых детских учреждений, условиями содержания лишенных возможности нормально двигаться. Этому явлению еще в 30-е годы прошлого века посвятила свое исследование польский психолог Ванда Шуман. По ее мнению, покачивание доставляет ребенку определенные проприоцептивные (идушие от двигательной системы организма) раздражения, которые как-то разнообразят его ощущения.

Существуют данные, что дети, двигательная активность которых в силу медицинских причин в течение длительного времени была сильно ограничена, нередко испытывают состояние депрессии, которое может «прорываться» взрывами ярости и агрессивности (Дж. Прескотт).

К сожалению, не единичны примеры, когда в неблагополучных и асоциальных семьях детей привязывают к кровати, что, так же проявляется в тяжелых последствиях для ребенка.

Социальной депривация у взрослого человека не обязательно ведет к социальной депривации. Чем богаче внутренний, духовный мир человека и чем сильнее он в своих жизненных помыслах, задачах, представлениях связан с миром, с культурой, тем более стойким и толерантным он оказывается к возникновению депривационного синдрома. Однако, чем младше ребенок, тем более тяжелые последствия для него будет иметь социальная изоляция.

Существует множество примеров того, к чему может привести социальная изоляция ребенка. Это и так называемые «волчьи дети» («маугли»), и дети, которых взрослые по каким-то причинам годами держали взаперти — в чуланах, подвалах, закрытых комнатах, не давая им возможности что-либо видеть и с кем-либо общаться. Они не умели говорить, плохо или совершенно не ходили, непрерывно плакали, всего боялись.

Когда эти дети оказывались в нормальном мире и ими интенсивно начинали заниматься профессионалы — врачи, психологи, педагоги, — то даже при самом самоотверженном, терпеливом и умелом уходе и воспитании такие дети за редким исключением на всю жизнь оставались ущербными.

На первых этапах «перевоспитания» дети испытывали очевидный страх перед людьми. Впоследствии боязнь людей сменялась непостоянными и слабо дифференцированными отношениями с ними. В общении таких детей с окружающими бросалась в глаза назойливость и неутолимая потребность в любви и внимании. Проявления чувств характеризовались, с одной стороны, бедностью, а с другой стороны, острой аффективной окрашенностью. Этим детям были свойственны взрывы эмоций — бурной радости, гнева и одновременно — отсутствие глубоких, устойчивых чувств. У них практически отсутствовали эстетические и нравственные чувства. Они в эмоциональном отношении были очень ранимы, даже мелкое замечание могло вызвать у них острую эмоциональную реакцию, не говоря уже о ситуациях, действительно требующих эмоционального напряжения, внутренней стойкости.

Чем старше дети, тем в более мягких формах проявляется социальная депривация и тем быстрее и успешнее происходит компенсация в случае специальной педагогической или психологической работы. Однако практически никогда не удается устранить последствия социальной депривации на уровне некоторых глубинных личностных структур. Многочисленные исследования показывают, что люди, перенесшие в детстве социальную депривацию, обычно продолжают испытывать недоверие ко всем людям, за исключением членов своей микрогруппы, перенесших то же самое. Они бывают завистливыми, чрезмерно критичными к другим, неблагодарными, все время как бы ждут подвоха со стороны других людей.

Психические нарушения вследствие семейной депривации

Проявления психической депривации могут охватывать «широкий диапазон изменений личности от легких отклонений, не выходящих за рамки нормальной эмоциональной картины до грубых поражений развития интеллекта и характера»¹

Неожиданное попадание в условия депривации является крайне стрессогенным для ребенка, особенно, если до этого условия жизни не были депривационными либо частично депривационными. Это приводит к развитию различных невротических расстройств (посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации, расстройство, тревожные, депрессивные и пр. нарушения)

В связи с этим, а также для правильной диагностики и коррекции депривированных детей и подростков с позиций симптоматического подхода, необходимо дифференцировать психическое состояние в зависимости от уровня и степени выраженности негативных проявлений.

Психическая депривация при своей специфичности, разноплановости, сложности не является неизменной и постоянной, и при создании для подростка оптимальных условий, ее негативные симптомы могут сглаживаться.

¹ Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога. Кн.1. -М.: Владос, с. 15

Посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство адаптации (F43.1, 43.2)

Посттравматическим стрессовым расстройством называют хроническое невротическое расстройство, возникшее вследствие воздействия сильного психотравмирующего фактора, либо острой психической депривации. Такими факторами могут быть непосредственное воздействие ситуации на ребенка (осиротение, насилие физическое либо психическое, угрозы насилия, попадание в социальное учреждение, приют, больницу, арест и пр.) или косвенное (получение информации о каком-либо чрезвычайном происшествии в близком окружении, о том, что кто-то из близких, друзей, знакомых пострадал). Спектр психогенных влияний, в результате которых может развиваться стрессовое расстройство достаточно велик. В него включают и пренебрежительное отвергающее отношение в семье или детском учреждении, школьный буллинг (травля) и прочие психические травмы ребенка.

Диагностические критерии ПТСР включают в себя перенесенную психическую травму с последующим развитием трех групп симптомов, связанных с ней: повторное переживание психической травмы, избегающее поведение и повышенная возбудимость.

А. Непосредственная реакция на травмирующее событие. У ребенка реакция с чувством интенсивного страха, беспомощности или ужаса может выражаться дезорганизованным или агитированным поведением.

В. Повторное переживание психической травмы. Симптоматика включает в себя следующие феномены.

1. Навязчивые, постоянно повторяющиеся неприятные воспоминания о событии, мысли и представления о нем. У *маленьких детей* это часто принимает форму навязчивого повторения игр, отражающих темы или какие-либо аспекты ЧС.
2. Навязчивые, постоянно повторяющиеся неприятные сны о травматическом событии. У детей могут наблюдаться страшные сны, содержание которых не сохраняется в памяти.
3. Чувство, будто травматическое событие происходит снова (включая чувство оживления переживаний, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные флэшбэк-эпизоды, в том числе просоночные и развивающиеся в состоянии интоксикации). У *маленьких детей* могут отмечаться повторяющееся поведение с воспроизведением травматических событий и сильное волнение при воспоминаниях о травмирующем событии.
4. Интенсивные тяжелые переживания, вызванные внутренними или внешними стимулами, напоминающими о травмирующих событиях или символизирующими их.
5. Физиологические реакции на внутренние или внешние стимулы, которые символизируют травмирующие события или обладают сходством с ними.

С. Избегание. У детей включает следующие симптомы.

1. Попытки избежать мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.
2. Усилия, направленные на избегание действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о ЧС.
3. Неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия).
4. Заметное снижение интереса или участия в ранее значимых видах деятельности (учебе, увлечениях, играх).

5. Чувство отгороженности или отчуждения от окружающих.
6. Ограничение диапазона чувств (например, неспособность испытывать чувство любви).
7. Чувство бесперспективности в жизни (например, отсутствие надежды на социальные перспективы, в том числе приобретение желаемой профессии, женитьбу, появление детей или нормальную продолжительность жизни). Характерными для детей являются высказывания типа “я никогда не вырасту”, “я не стану взрослым”, “я никогда не женюсь” (“никогда не выйду замуж”).

D. Симптомы повышенной возбудимости, не наблюдавшейся до травмы.

1. Нарушение засыпания или раннее пробуждение.
2. Раздражительность или вспышки гнева.
3. Затруднение концентрации внимания.
4. Повышенная настороженность, сверхбдительность (постоянное ожидание угрозы).
5. Чрезмерная реакция испуга.

Необходимо учитывать и другие симптомы, которые не обязательны для постановки диагноза ПТСР, но часто выявляются у пострадавших детей и подростков: агрессия по отношению к сверстникам, взрослым или животным, сепарационная тревога, страх одиночества, страх темноты, другие новые страхи, самонаказание или мазохистское поведение, другие невербальные реакции (например, соматические симптомы, боли, и др.), сексуальное и садистическое поведение.

Достаточно часто у детей, попавших в ситуацию психической депривации развивается расстройство адаптации. Если посттравматическое стрессовое расстройство возникает в тех случаях, когда существует явная психическая травма, то расстройство адаптации развивается и в любых неблагоприятных для ребенка обстоятельствах при наличии предрасположенности у ребенка к невротическому реагированию.

Расстройство адаптации — состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию. Стрессовый фактор может поражать интегральность социальной сети больного (потеря близких, переживание разлуки), более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца).

Проявления различны и включают депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Ребенок может начать вести себя чрезмерно эмоционально, драматически реагировать на незначительные внешние раздражители, появляются вспышки агрессивности, но они встречаются редко. Тем не менее, дополнительно, особенно у подростков, могут отмечаться расстройства поведения (например, агрессивное или диссоциальное поведение, то есть связанное с нарушениями социальных норм и правил поведения).

Ни один из симптомов не является столь существенным или преобладающим, чтобы свидетельствовать о более специфическом диагнозе. Регрессивные феномены у детей младшего возраста, такие как энурез или детская речь или сосание пальца, зачастую являются частью симптоматики.

Симптомы болезни развиваются как правило в течение месяца после стрессового события или изменения в жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев. В более тяжелых случаях особенно при продолжающемся неблагоприятном воздействии симптомы могут сохраняться и дольше. F43.21 (продолжительная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации).

Диагностические указания:

Диагноз зависит от внимательной оценки соотношения между:

- а) формой, содержанием и тяжестью симптомов;
- б) анамнестическими данными и личностью;
- в) стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом.

Наличие третьего фактора должно быть четко установлено и должны быть веские, хотя, возможно, и предположительные доказательства, что расстройство не появилось бы без него. Если стрессор относительно мал и если временная связь (менее 3 месяцев) не может быть установлена, расстройство следует классифицировать в другом месте в соответствии с имеющимися признаками.

Возрастные особенности стрессовых расстройств

Клинические проявления посттравматического стрессового расстройства и расстройства адаптации имеют возрастные особенности. Заболевание протекает тем атипичнее, чем меньше возраст пациента. У маленьких детей переживания не дифференцированы, клиническая картина обусловлена преобладанием реагирования на соматовегетативном и психомоторном уровнях. В более старшем возрасте — преимущественно на эмоциональном.

Ведущими признаками заболевания у *детей младшего возраста* (до 3–4 лет) являются нарушения сна и аппетита. Пугающие сновидения на тему наблюдаются в течение нескольких недель после психической травмы, а затем могут трансформироваться в генерализованные ночные кошмары с чудовищами, различными угрозами и сценами спасения себя и других.

Наиболее типичны для детей возраста утрата недавно приобретенных навыков и регрессивное поведение. Развиваются энурез, энкопрез. Ребенок чаще просится на руки к родителям, чаще плачет, начинает сосать палец и даже требовать соску.

Появляются страх темноты, страх остаться одному в помещении (сепарационная тревога), нарушения сна (уменьшение его общей продолжительности, затрудненное засыпание, беспокойный поверхностный сон со вскрикиваниями, полное прекращение дневного сна), повышенная возбудимость и пугливость, постоянные или легко возникающие капризность и плаксивость вплоть до аффективно-респираторных приступов.

У маленьких детей может не быть чувства повторного переживания прошлых событий, скорее переживание травмы выражается в повторяющихся играх (например, ребенок, побывавший в автокатастрофе, постоянно проигрывает сцену аварии с игрушечными машинками, подвергшийся насилию ломает игрушки, «наказывает» кукол и пр.). В играх ребенок как младшего, так и более старшего возраста часто идентифицирует себя с агрессором. Так, мальчик, подвергшийся вместе с мамой нападению грабителей в квартире, стал проявлять жестокость во время игры со сверстниками, стараясь причинить им боль. Такая идентификация может рассматриваться как психологическая защита, позволяющая ребенку совладать с проблемой и снизить уровень тревоги.

У детей *дошкольного возраста* (4–7 лет) расстройства более дифференцированы. На первый план выходят нарушения соматовегетативной регуляции и депрессивный фон настроения. Отмечаются сформированные тревожно-фобические реакции, отра-

жающие в своем содержании пережитое, например, боязнь мужчин, если ребенок подвергся насилию со стороны мужчины.

В части случаев отмечаются двигательная расторможенность и агрессивность. Временами развивается патологическое привыкание к соске, уменьшение познавательной и игровой активности наряду с резко возросшей привязанностью к матери или заменяющему ее лицу.

Поскольку у детей затруднен самоотчет, то об уменьшении интереса к деятельности, сужении эмоциональных реакций можно судить только по наблюдениям родителей, учителей и других окружающих. У детей чувство бесперспективности в жизни может быть представлено уверенностью, что они никогда не станут взрослыми, никогда не женятся и не будут иметь детей. У них может возникнуть “дар предвидения” — то есть вера в способность предвидеть будущие неблагоприятные события.

Дети могут также жаловаться на различные физические недомогания типа болей в желудке и головных болей.

В дошкольной группе чаще представлен фобический вариант ПТСР, а астенодепрессивный диагностируется в 4 раза реже. Вторым по частоте в младшей группе является диссомнический вариант. В целом выделение того или иного варианта в дошкольной группе в определенной степени условно, т.к. клиническая картина психических расстройств полиморфна и представлена характерной и неспецифической для этого возраста тревожной симптоматикой невротического уровня. Однако выделение ведущего (более весомого) синдрома помогает определить главные мишени терапии и повысить ее эффективность.

У *детей школьного возраста (7–15 лет)* уже можно обнаружить классические симптомы ПТСР: повторное переживание ЧС и реакции избегания, соматические жалобы, симптомы повышенной возбудимости и тревожные расстройства. В этом возрасте наиболее часто встречаются депрессии, тревожно-фобические, а также нерезко выраженные навязчивые, сверхценные и бредоподобные идеи.

У детей младшего школьного возраста наблюдаются преимущественно проявления “школьного невроза” (отказ от посещения школы, реакции пассивного протеста, невротический энурез, психогенные рвоты и др.).

В группе детей 7–11 лет часто встречаются нарушения сна (диссомнии). Структура диссомнических нарушений представлена в этой группе в основном парасомническими расстройствами (ночными страхами, сногворением, страшными сновидениями). Характерна астенодепрессивная симптоматика, при этом депрессивная симптоматика уже достаточно выражена.

У *подростков* клиническая картина более дифференцирована, и симптоматика соответствует в целом таковой у взрослых. При этом для подросткового возраста характерны такие сопутствующие расстройства, как депрессии, разнообразные психопатоподобные реакции, в том числе протестное, оппозиционное поведение, гедонистическое поведение (стремление к получению удовольствий в ущерб необходимой деятельности), делинквентность. Подросткам, особенно подвергшимся жестокому обращению, свойственно появление агрессивных, насильственных действий.

Расстройство поведения детского и подросткового возраста

Нарушения поведения у подростков встречается настолько часто, что рассматривается как неотъемлемое свойство пубертатного периода. Однако при отсутствии психической патологии и благоприятных социально-психологических условиях трудности поведения не должны достигать степени нарушенного социального функционирования. Нарушения поведения не являются специфическим расстройством или отдельной нозологической единицей. Однако их наличие свидетельствует о наличии каком-либо функциональном или органическом заболевании головного мозга.

Многие поведенческие проблемы начинаются не только в пубертатном возрасте, но и в младшем школьном и даже дошкольном возрасте. Особенно, если условия развития и воспитания ребенка не являются гармоничными и благоприятными. К таким нарушениям с ранним началом относится гиперкинетическое расстройство (синдром гиперактивности с дефицитом внимания, гипердинамическое расстройство).

Гиперкинетическое расстройство характеризуется повышенной двигательной активностью, неусидчивостью, трудностями сосредоточения. Как раз такие дети и подростки представляют особую трудность для родителей и педагогов. Показано, что именно дети с гиперкинетическим расстройством чаще всего подвергаются наказанию и различным видам насилия, склонны к побегам из дома и правонарушениям.

Гиперкинетические синдромы всегда возникают рано в процессе развития (обычно в первые 5 лет жизни). Их главными характеристиками являются недостаточная настойчивость в деятельности, требующей когнитивных усилий и тенденция переходить от одного занятия к другому, не завершая ни одного из них, наряду с плохо организованной, слабо регулируемой и чрезмерной активностью. Эти недостатки обычно сохраняются во время школьных лет и даже во взрослой жизни, но у многих больных наблюдается постепенное улучшение в плане активности и внимания.

С этими расстройствами могут сочетаться некоторые другие нарушения. Гиперкинетические дети часто безрассудны и импульсивны, склонны попадать в несчастные случаи и получают дисциплинарные взыскания из-за необдуманного, а не откровенно вызывающего, нарушения правил. Во взаимоотношениях со взрослыми они часто социально расторможены, с отсутствием нормальной осторожности и сдержанности; другие дети их не любят и они могут отторгаться детским коллективом. Обычными являются когнитивные нарушения и часты задержки в моторном и речевом развитии.

Вторичные осложнения включают диссоциальное поведение и заниженная самооценка. Отмечается значительное совпадение гиперкинезии с другими проявлениями brutального поведения, таким как «несоциализированное расстройство поведения».

Гиперкинетические расстройства встречаются у мальчиков в несколько раз чаще, чем у девочек. Частыми являются сопутствующие школьные проблемы.

Необходимыми диагностическими признаками являются нарушенное внимание и гиперактивность (они должны выявляться более чем в одной ситуации, например, дома, в классе, в больнице). Нарушенное внимание проявляется преждевременным прерыванием заданий, когда занятие остается неоконченным. Дети часто меняют одну деятельность на другую, по-видимому, теряя интерес к одной задаче вследствие того, что они отвлекаются на другую (хотя лабораторные данные обычно не выявляют необычную степень сенсорной или перцептивной отвлекаемости). Эти дефекты настоя-

чивости и внимания следует диагностировать, только если они чрезмерны для возраста ребенка и коэффициента его умственного развития.

Характерные проблемы поведения должны иметь раннее начало (до возраста 6 лет) и длительную продолжительность. Однако до возраста поступления в школу гиперактивность тяжело распознать вследствие разнообразных вариантов нормы.

Дифференциальный диагноз:

Гиперактивность и невнимательность (совсем иные, чем те, что характеризуют гиперкинетическое расстройство) могут быть симптомами тревоги или депрессивных расстройств. Таким образом, беспокойство, являющееся проявлением агитированного депрессивного расстройства, не должно вести к диагнозу гиперкинетического нарушения. Сходным образом, беспокойство, нередко являющееся проявлением тяжелой тревоги, не должно вести к диагнозу гиперкинетического расстройства. Аналогично, если встречается признаки эмоционального расстройства, то гиперкинетическое расстройство рассматривается как проявление основного состояния, то есть вторично по отношению к аффективному расстройству. Двойной диагноз должен быть сделан только тогда, когда ясно, что здесь отдельно имеется симптоматика гиперкинетического расстройства, не являющегося просто частью нарушений настроения.

Острое начало гиперкинетического поведения у ребенка школьного возраста более вероятно обусловлено некоторыми видами реактивного расстройства (психогенного или органического), маниакальным состоянием, шизофренией или неврологическим заболеванием (например, ревматической лихорадкой).

В подростковом возрасте нарушения поведения могут перейти в диссоциальное расстройство личности. По данным шведских ученых [Siponmaa L, etc., 2001], синдром гиперактивности с дефицитом внимания выявляется у 15% подростков, совершивших серьезные правонарушения.

Расстройство поведения часто сочетается с неблагоприятным психосоциальным окружением, включая неудовлетворительные семейные взаимоотношения и неудачи в школе; оно чаще отмечается у мальчиков.

Заклучения о наличии расстройства поведения должны принимать в расчет уровень развития ребенка. Например, вспышки гнева являются нормальной частью развития 3-летнего ребенка и само по себе их присутствие не может служить основой для диагноза. В равной мере, нарушение гражданских прав других людей (как при насильственных преступлениях) невозможно для большинства 7-летних детей и поэтому не является необходимым диагностическим критерием для этой возрастной группы.

Примеры поведения, на которых основывается диагноз, включают: чрезмерную драчливость или хулиганство; жестокость к другим людям или животным; тяжелые разрушения собственности; поджоги, воровство, лживость, прогулы в школе и уходы из дома, необычно частые и тяжелые вспышки гнева; вызывающее провокационное поведение; и постоянное откровенное непослушание. Любая из этих категорий при ее выраженности является достаточной для постановки диагноза; но изолированные диссоциальные акты не являются основой для диагноза.

Критерии исключения включают несчастные, но серьезные лежащие в основе нарушений поведения состояния, такие, как шизофрения, мания, общее расстройство развития, гиперкинетическое расстройство и депрессия.

Несоциализированное расстройство поведения

Этот тип расстройства поведения характеризуется сочетанием упорного диссоциального или агрессивного поведения, включающего не только оппозиционное, вызы-

вающее, brutальное поведение, но значительное общее нарушение взаимоотношений ребенка со сверстниками.

Диагностические указания:

Отсутствие эффективной интеграции в группе сверстников составляет ключевое отличие от «социализированных» нарушений поведения, и это самое важное дифференциальное отличие. О нарушенных взаимосвязях с ровесниками свидетельствуют изоляция от них и/или их отвержение ими или непопулярность у других детей; отсутствие близких друзей или постоянных эмпатических взаимных связей с другими детьми в той же возрастной группе. В связях со взрослыми есть тенденция к проявлению несогласия, жестокости и негодования; однако могут случаться и хорошие взаимоотношения со взрослыми, и если они случаются, это не исключает диагноз. Часто, но не всегда, отмечаются сопутствующие эмоциональные расстройства.

Характерно (но не обязательно), что нарушитель одинок. Типичное поведение включает в себя хулиганство, чрезмерную драчливость и (у более старших детей) вымогательство или нападения с насилием; чрезмерное непослушание, грубость, индивидуализм и сопротивление авторитетам; тяжелые вспышки гнева и неконтролируемой ярости, разрушения имущества, поджоги и жестокость к другим детям и животным. Однако некоторые одиноко держащиеся дети могут, тем не менее, вовлекаться в группу правонарушителей; поэтому при постановке диагноза характер поступка менее важен, чем качество личных взаимоотношений.

Обычно расстройство проявляется в различных ситуациях, но может быть более очевидным в детском учреждении; совместимой с диагнозом является ситуационная специфичность к иному, чем дом, местоположению.

Социализированное расстройство поведения

Эта категория применяется к расстройствам поведения, включающим стойкое диссоциальное или агрессивное поведение (не ограничивающееся оппозиционным, вызывающим, brutальным поведением) и возникающим у подростков, обычно хорошо интегрированных в группе сверстников.

Диагностические указания:

Ключевым дифференциальным признаком является наличие адекватных длительных взаимоотношений со сверстниками приблизительно того же возраста. Часто, но не всегда, группа сверстников состоит из несовершеннолетних, вовлеченных в делинквентную или диссоциальную активность (в которой социально неприемлемое поведение ребенка может одобряться группой сверстников и регулироваться субкультурой, к которой он принадлежит). Однако это не является необходимым требованием для установления диагноза; ребенок может составлять часть неделинквентной группы сверстников со своим собственным диссоциальным поведением за ее пределами. В частности, если диссоциальное поведение включает в себя хулиганство, могут быть нарушены взаимоотношения с жертвами или другими детьми. Это не исключает диагноз в том случае, если ребенок имеет некую группу сверстников, которой он предан и в которой сложились продолжительные дружеские отношения.

Имеется тенденция к плохим взаимоотношениям с теми взрослыми, которые относятся к представителям властей, но с некоторыми взрослыми могут быть хорошие взаимосвязи. Эмоциональные расстройства обычно минимальные. Нарушения поведения могут включать или не включать семейную сферу, но если они ограничены домом, то это исключает диагноз. Часто расстройство наиболее заметно за пределами семьи и

специфичность проявления расстройства в обстановке школы (или в других несемейных условиях) совместима с диагнозом.

Включаются:

- расстройство поведения, групповой тип;
- групповая делинквентность;
- правонарушения в условиях членства в банде;
- воровство в компании с другими;
- уходы из школы (дома) и бродяжничество в группе;
- синдром повышенной аффективной возбудимости, групповой тип;
- манкирование школой, прогулы.

Депрессивное расстройство поведения

Эта категория требует сочетания расстройства поведения детства (F91.x) с постоянной выраженной депрессией, проявляющейся такими симптомами как чрезмерные переживания, потеря интересов и удовольствия от прежней деятельности, идеи самообвинения и бесперспективности будущего. Могут также отмечаться нарушения сна или аппетита.

Расстройства личности у подростков

Эта категория охватывает глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, проявляющиеся стереотипом ответных реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций. Они представляют собой либо чрезмерные, либо существенные отклонения от образа жизни обычного, «среднего» индивидуума со свойственными ему в данной культуре особенностями восприятия, мышления, чувствования и, особенно, интерперсональных отношений. Такие модели поведения имеют тенденцию к стабильности и включают многие сферы поведения и психологического функционирования. Они часто, но не всегда, сочетаются с различной степенью субъективного дистресса и нарушенного социального функционирования и продуктивности.

Личностные расстройства представляют собой онтогенетические состояния, которые появляются в детстве или подростковом возрасте и сохраняются в периоде зрелости. Они не являются вторичными по отношению к другому психическому расстройству или заболеванию мозга, хотя могут предшествовать другим расстройствам или сосуществовать с ними.

Каждое состояние в этой группе может быть классифицировано согласно преобладающей форме поведенческих проявлений. Однако классификация в этой области в настоящее время ограничивается описанием ряда типов и подтипов, не взаимоисключающих друг друга, а частично совпадающих по некоторым характеристикам.

Поэтому личностные расстройства подразделены на кластеры характерных черт, соответствующих наиболее часто встречающимся и заметным поведенческим проявлениям. Описанные таким образом подтипы широко признаются как основные формы девиации личности. При постановке диагноза личностного расстройства клиницист должен учитывать все аспекты функционирования личности, хотя формулировка диагноза, чтобы быть простой и эффективной, должна относиться лишь к тем личностным признакам, выраженность которых превышает предполагаемые пороговые значения.

Показанием для проведения предварительного тестирования могут послужить трудности адаптации в коллективе, частые конфликты. Оценка должна основываться на возможно большем количестве источников информации. Хотя иногда для того, чтобы

оценить состояние личности, достаточно единственной беседы с пациентом, часто требуется больше одной беседы и сбор анамнестических сведений.

Для определения отклоняющихся черт личности, а также скринингово обследования групп подростков целесообразно использовать психодиагностические опросники:

Опросник МРІ — Методика Айзенка (приведен в приложении 1); Опросник Структуры Темперамента (ОСТ) В.М. Русалова (приложение 2), который дает представление о конституциональных особенностях (темпераменте) подростка;

Специфические расстройства личности /F60/

Специфическое расстройство личности — это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Личностное расстройство возникает обычно в позднем детстве или подростковом возрасте и продолжает проявляться в периоде зрелости.

Диагностические указания:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям;

б) хронический характер аномального стиля поведения;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости;

д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;

е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Для диагностики большей части подтипов, перечисленных ниже, полным основанием служит обычно наличие по крайней мере трех перечисленных характерологических признаков или особенностей поведения.

Причиной обращения к психиатру или госпитализации при расстройствах личности чаще всего являются состояния декомпенсации (реакции), то есть кратковременные обострения психопатической симптоматики, или развития с длительным усилением присущих данной личности патохарактерологических черт, приводящих к выраженным нарушениям социальной адаптации.

Параноидное (паранойальное) расстройство личности

Это личностное расстройство характеризуют:

а) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;

б) тенденция постоянно быть недовольным кем-то, то есть отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока;

в) подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или презрительных;

г) воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации;

д) возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или полового партнера;

е) тенденция к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет;

ж) охваченность несущественными «законспирированными» толкованиями событий, происходящих с данной личностью или, по большому счету, в мире.

Включаются:

- фанатичное расстройство;
- фанатичная личность;
- экспансивно-параноидное расстройство;
- экспансивно-параноидная личность;
- сенситивно-параноидное расстройство;
- сенситивно-параноидная личность;
- параноидная личность;
- параноидное расстройство личности;
- параноическая личность;
- обидчиво-параноидная личность;
- кверулянтное расстройство личности.

Шизоидное расстройство личности

Расстройство личности, удовлетворяющее следующему описанию:

- а) мало что доставляет удовольствие и вообще ничто;
- б) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность;
- в) неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев;
- г) слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику;
- д) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст);
- е) повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией;
- ж) почти неизменное предпочтение уединенной деятельности;
- з) заметная нечуткость к превалирующим социальным нормам и условиям;
- и) отсутствие близких друзей или доверительных связей (или существование лишь одной) и желания иметь такие связи.

В эту подгруппу включаются аутистические личности с преобладанием сенситивных черт («мимозоподобность» со сверхчувствительной внутренней организацией и подверженностью психогениям с астенодепрессивным типом реакций), а также стеничных шизоидов с высокой работоспособностью в узких сферах деятельности в сочетании с формальным (сухим) прагматизмом и отдельными чертами деспотизма, характеризующими межличностные отношения.

Диссоциальное расстройство личности

Личностное расстройство, обычно обращающее на себя внимание грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами, характеризующееся следующим:

- а) бессердечное равнодушие к чувствам других;
- б) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и обязанностями;
- в) неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении;
- г) низкая толерантность к фрустрациям, а также низкий порог разряда агрессии, включая насилие;

д) неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания;

е) выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

В качестве дополнительного признака может иметь место постоянная раздражительность. В детском и подростковом возрасте подтверждением диагноза может служить расстройство поведения, хотя оно и необязательно.

Для этого расстройства рекомендуется учитывать соотношение культуральных норм и региональных социальных условий для определения правил и обязанностей, которые игнорируются пациентом.

Включаются:

- социопатическое расстройство;
- социопатическая личность;
- аморальная личность;
- асоциальная личность;
- антисоциальное расстройство;
- антисоциальная личность;
- психопатическое расстройство личности.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности

Расстройство личности, при котором имеется ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета последствий, наряду с неустойчивостью настроения. Способность планирования минимальна; вспышки интенсивного гневливого аффекта часто приводят к насилию, либо «поведенческим взрывам», они легко провоцируются, когда импульсивные акты осуждаются окружающими, либо им препятствуют. Вспышки жестокости и угрожающего поведения обычны, особенно в ответ на осуждение окружающими.

Включается:

- агрессивная личность;
- пограничное расстройство;
- пограничная личность;
- возбудимая личность.
- возбудимое расстройство личности;
- эксплозивное расстройство личности;
- агрессивное расстройство личности;
- агрессивная личность.

Истерическое расстройство личности

Расстройство личности, характеризующееся:

- а) самодраматизацией, театральностью, преувеличенным выражением эмоций;
- б) внушаемостью, легким влиянием окружающих или обстоятельств;
- в) поверхностностью и лабильностью эмоциональности;
- г) постоянным стремлением к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, при которой пациент находится в центре внимания;
- д) неадекватной обольстительностью во внешнем виде и поведении;
- е) чрезмерной озабоченностью физической привлекательностью.

Дополнительные черты могут включать эгоцентричность, потворство по отношению к себе, постоянное желание быть признанным, легкость обиды и постоянное манипулятивное поведение для удовлетворения своих потребностей.

Ананкастное расстройство личности

Расстройство личности, которое характеризуют:

- а) чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности;
- б) озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками;
- в) перфекционизм (стремление к совершенству), препятствующий завершению задач;
- г) чрезмерная добросовестность, скрупулезность и неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;
- д) повышенная педантичность и приверженность социальным условиям;
- е) ригидность и упрямство;
- ж) необоснованные настойчивые требования того, чтобы другие все делали в точности как и он сам, или неблагоприятное нежелание позволять выполнять что-либо другим людям;
- з) появление настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

Включаются:

- компульсивное расстройство личности;
- компульсивная личность;
- обсессивное расстройство личности;
- обсессивная личность;
- обсессивно-компульсивная личность.

Личности с таким расстройством личности редко вовлекаются в криминальную активность.

Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности

Расстройство личности, характеризующееся:

- а) постоянным общим чувством напряженности и тяжелыми предчувствиями;
- б) представления о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим;
- в) повышенная озабоченность критикой в свой адрес или непринятием в социальных ситуациях;
- г) нежелание вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться;
- д) ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;
- е) уклонение от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критицизма, неодобрения или отвержения.

Дополнительные признаки могут включать гиперсенситивность в отношении отвержения и критики.

Расстройство типа зависимой личности

Подростки с таким типом личности часто попадают под влияние.

Расстройство личности характеризуют:

- а) стремление переложить на других большую часть важных решений в своей жизни;
- б) подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит пациент и неадекватная податливость их желаниям;
- в) нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости;

г) чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни;

д) страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе;

е) ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны других лиц.

Дополнительные признаки могут включать представления о себе как о беспомощном, некомпетентном человеке, не обладающем жизнестойкостью.

Включаются:

- астеническое расстройство личности;
- астеническая личность;
- неадекватная личность;
- пассивное расстройство личности;
- пассивная личность;
- самоподавляющее расстройство личности;
- самоподавляющая личность.

Тревожные расстройства в детском возрасте

Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой

Для младенцев и детей дошкольного возраста является нормальным проявлять определенную степень тревоги в отношении реального или угрожающего отделения от людей, к которым они привязаны. Данное же расстройство диагностируется тогда, когда страх отделения составляет основное в тревоге и когда такая тревога впервые возникает в ранние годы жизни. Она отличается от нормальной тревоги в связи с разлукой по степени, которая выходит за пределы статистически возможной (включая анормальную стойкость свыше обычного возрастного периода), и по сочетанию со значительными проблемами в социальном функционировании.

Диагностические указания:

Ключевым диагностическим признаком является чрезмерная тревога, касающаяся отделения от тех людей, к которым ребенок привязан (обычно родители или другие члены семьи), что не является частью генерализованной тревоги относительно многих ситуаций. Тревога может принимать форму:

а) необоснованного охватывающего беспокойства о возможном вреде, которому могут подвергнуться лица, к которым испытывается привязанность, или страха, что они оставят его и не вернуться;

б) необоснованного охватывающего беспокойства, что какой-либо неблагоприятный случай разлучит ребенка с лицом, к которому испытывается большая привязанность, например ребенок потеряется, будет похищен, поступит в стационар или будет убит;

в) упорного нежелания или отказа идти в школу из страха расставания (а не по другим причинам, например, что в школе что-то случится);

г) упорного нежелания или отказа идти спать, чтобы быть рядом с лицом, к которому испытывается большая привязанность;

д) упорного неадекватного страха одиночества или страха оставаться в течение дня дома без лица, к которому испытывается большая привязанность;

е) повторяющихся ночных кошмаров о разлуке;

ж) рецидивирующего появления физических симптомов (таких как тошнота, боль в животе, головная боль, рвота и пр.) при разлуке с лицом, к которому испытывается привязанность, например, когда надо идти в школу;

з) чрезмерного повторяющегося дистресса (проявляющегося тревогой, плачем, раздражением, страданием, апатией или социальной аутизацией) при предчувствии разлуки, во время или сразу вслед за разлукой с лицом, к которому испытывается большая привязанность.

Многие ситуации, связанные с разлукой, также включают в себя другие потенциальные стресс-факторы или источники тревоги. Диагноз опирается на выявление того, что общим в различных ситуациях, дающих начало тревоге, является разлучение с лицом, к которому испытывается большая привязанность. Это возникает чаще всего, по-видимому, при отказах от посещения школы (или «фобиях»). Часто речь здесь, действительно идет о тревожном расстройстве в связи с разлукой, но иногда (особенно у подростков) — нет. Отказы от посещения школы, возникающие впервые в подростковом возрасте, не должны кодироваться в этой рубрике, за исключением случаев, когда они прежде всего являются проявлением тревоги разлучения и эта тревога впервые в патологической степени проявилась в период дошкольного возраста.

Включаются:

- транзиторный мутизм как составляющая часть боязни разлуки у детей раннего возраста.

Исключаются:

- аффективные расстройства (F30 — F39);
- расстройства настроения (F30 — F39);
- невротические расстройства (F40 — F48);
- фобическое тревожное расстройство в детском возрасте (F93.1);
- социальное тревожное расстройство в детском возрасте (F93.2).

Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте

У детей, как и у взрослых, могут отмечаться страхи, направленные на различные предметы и ситуации. Некоторые из этих страхов (или фобий) не являются нормальной частью психосоциального развития, например, агорафобия. Некоторые страхи указывают на особенность определенной фазы развития и возникают в какой-то степени у большинства детей; например, страхи животных в дошкольный период.

Диагностические указания:

Эта категория должна быть использована только для страхов, специфических по отношению к определенным фазам развития, когда они удовлетворяют дополнительным критериям, которые применимы ко всем расстройствам в рубрике (F93.x), а именно:

- а) начало в соответствующий развитию возрастной период;
- б) степень тревоги клинически патологическая;
- в) тревога не является частью генерализованного расстройства.

Исключается:

- генерализованное тревожное расстройство (F41.1).

Социальное тревожное расстройство в детском возрасте

Осторожность перед незнакомыми является нормальным феноменом во второй половине первого года жизни, и некоторая степень социального опасения или тревоги является нормальной в период раннего детства, когда ребенок сталкивается с новой, незнакомой ему социально угрожающей ситуацией. Поэтому эта категория должна использоваться только для тех расстройств, которые возникают в возрасте до 6 лет,

являются необычными по выраженности, сопровождаются проблемами социального функционирования и не составляют части более генерализованного расстройства.

Диагностические указания:

У ребенка с этим расстройством отмечается постоянный рецидивирующий страх и/или избегание незнакомых. Такой страх возникает главным образом в присутствии взрослых или при сверстниках или при тех и других. Этот страх сочетается с нормальной степенью избирательной привязанности к родителям и другим близким. Избегание или страх социальных неожиданных встреч по своей степени выходят за пределы нормальных границ для возраста ребенка и сочетается с клинически значимыми проблемами в социальном функционировании.

Включается:

- расстройство общения с незнакомыми лицами у детей;
- расстройство общения с незнакомыми лицами у подростков;
- уклоняющееся расстройство детского возраста;
- уклоняющееся расстройство подросткового возраста.

Расстройство вследствие сиблингового соперничества

Высокий процент или даже большинство маленьких детей проявляют какую-либо степень эмоциональных расстройств, наступающих вслед за рождением младшего сиблинга (обычно следующего по счету). В большинстве случаев это расстройство легкое, но соперничество или ревность после рождения сибса могут отличаться стойкостью.

Следует отметить: В данном случае сибсы (полусибсы) — это дети, которые имеют хотя бы одного общего родителя (родного или приемного).

Диагностические указания:

Нарушение характеризуется сочетанием следующих признаков:

- а) очевидность существования соперничества сибсов и/или ревности;
- б) начало в течение месяцев, следующих за рождением младшего (обычно следующего по счету) сибса;
- в) эмоциональные нарушения, аномальные по степени и/или стойкости и сочетающиеся с психосоциальными проблемами.

Соперничество, ревность сибсов может проявиться заметной конкуренцией между детьми с целью получения внимания или любви родителей; для того, чтобы быть расцененным как патологическое расстройство, это должно сочетаться с необычной степенью негативных чувств. В тяжелых случаях это может сопровождаться открытой жестокостью или физической травмой сибса, злобностью к нему, принижением сибса. В случаях меньшей выраженности, это может проявляться сильным нежеланием делиться, отсутствием положительного внимания и недостаточностью дружеских взаимодействий.

Эмоциональные расстройства могут принимать различные формы, часто включая некоторую регрессию с потерей ранее приобретенных навыков (таких как контроль за функцией кишечника и мочевого пузыря) и тенденцией к младенческому поведению. Часто также ребенок хочет копировать младенца в активности, которая предусматривает родительское внимание, такой как питание. Обычно возрастает конфронтационное или оппозиционное поведение с родителями, вспышки гнева и дисфории, проявляемые в форме тревоги, несчастья или социальной отгороженности. Может нарушаться сон, и часто возрастает напор на родителей для достижения их внимания, особенно в ночное время.

Включаются:

- ревность сибсов;
- ревность полусибсов.

Исключается:

- соперничество с ровесниками (несиблинговое) (F93.8).

Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов.

Разнородная группа расстройств, для которых общими являются нарушения в социальном функционировании, начинающиеся в период развития, но не связанные с конституциональным дефицитом, распространяющимися на все сферы функционирования. Серьезные искажения адекватных средовых условий или лишение благоприятных средовых факторов часто сочетаются и во многих случаях играют решающую роль в этиологии. Таким образом, это те нарушения, которые развиваются при всех формах психической депривации.

Элективный мутизм — состояние, которое характеризуется выраженной эмоционально обусловленной избирательностью в вербальном общении в некоторых ситуациях. Наиболее часто расстройство впервые проявляется в раннем детстве; оно встречается приблизительно с одинаковой частотой у мальчиков и у девочек. Характерно сочетание элективного мутизма с выраженными личностными особенностями, включая социальную тревожность, отгороженность, чувствительность или сопротивление. Типичным является то, что ребенок свободно говорит дома или с близкими друзьями, но молчит в школе или с незнакомыми. Однако, могут встречаться и другие модели общения (включая противоположные).

Диагностические указания:

Диагноз предполагает:

- а) нормальный или почти нормальный уровень понимания речи;
- б) достаточный уровень в речевого развития, необходимый для социального взаимодействия;
- в) объективные сведения о том, что ребенок может говорить нормально или почти нормально в некоторых ситуациях.

Небольшое количество детей с элективным мутизмом имеют в анамнезе либо поддержку речи, либо проблемы артикуляции. Диагноз может быть поставлен при наличии таких проблем речи, но в том случае, если имеется адекватная речь для эффективного общения и большое несоответствие в пользовании речью в зависимости от социальных условий, так что ребенок в каких-либо ситуациях говорит бегло, а в других молчит или почти молчит.

Должно быть очевидным, что в некоторых социальных ситуациях разговор не получается, а в других ведется успешно. Диагноз требует, чтобы неспособность говорить являлась постоянной во времени и чтобы ситуации, в которых речь есть или ее нет, были постоянны и предсказуемы.

В большинстве случаев имеются и другие социо-эмоциональные нарушения, но они не входят в число необходимых для диагноза признаков. Такие нарушения не постоянны, но обычны патологические характерологические черты, особенно социальной чувствительности, социальной тревожности и социальной отгороженности, и частым является оппозиционное поведение.

Включаются:

- селективный мутизм;
- избирательный мутизм.

Исключаются:

- общие расстройства психологического (психического) развития (F84.-);
- шизофрения (F20.-);
- специфические расстройства развития речи и языка (F80.-);
- транзиторный мутизм как составляющая часть боязни разлуки у детей раннего возраста (F93.0).

Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте. Это расстройство, встречающееся у младенцев и маленьких детей, характеризуется стойкими нарушениями социальных взаимосвязей ребенка, что сочетается с эмоциональными расстройствами и является реакцией на изменения в средовых условиях.

Характерными являются боязливость и повышенная настороженность, которые не исчезают при утешении, типичны плохое социальное взаимодействие со сверстниками, очень часто агрессия по отношению к себе и другим; обычным является страдание, а в некоторых случаях встречается отсутствие роста. Синдром может возникать как прямой результат проявления родительского пренебрежения, жестокого обращения или серьезных ошибок в воспитании. Существование этого типа поведенческих нарушений вполне признано и принято, но сохраняется неопределенность в отношении его диагностических критериев, границ синдрома и нозологической самостоятельности. Однако, данная категория включена сюда вследствие важности синдрома для общественного здоровья, потому что нет сомнений в его существовании и этот тип поведенческих нарушений явно не подходит к критериям других диагностических категорий.

Диагностические указания:

Ключевым признаком является аномальный тип взаимоотношений с воспитателями, возникающий в возрасте до 5 лет, включающий в себя дезадаптивные проявления, обычно незаметные у нормальных детей, и являющийся постоянным, хотя и носящим реактивный характер по отношению к достаточно выраженным изменениям в воспитании.

Маленькие дети с этим синдромом бывают противоречивы или амбивалентны в своих социальных реакциях, которые наиболее очевидны в период расставания или воссоединения. Так, младенцы могут приближаться к воспитателю, отвернув взгляд в сторону, или пристально смотреть в сторону, в то время как их держат на руках; или могут отвечать лицам, оказывающим заботу, реакцией, в которой сочетаются сближение, и уклонение и сопротивление заботе. Эмоциональные расстройства могут проявляться внешне в виде отсутствия эмоциональной откликаемости, реакцией аутизации (например, дети могут свернуться «калачиком» на полу) и/или агрессивными реакциями на внешние неприятные раздражители. В некоторых случаях встречаются боязливость и повышенная настороженность. В большинстве случаев дети проявляют интерес к взаимодействиям со сверстниками, но социальная игра задержана вследствие негативных эмоциональных реакций. Расстройство привязанности может сопровождаться задержкой физического развития.

Патологические реакции выявляются в различных социальных ситуациях и не ограничиваются диадной связью с конкретным лицом, осуществляющим заботу; здесь отсутствует откликаемость на поддержку и утешение; имеются сопутствующие эмоциональные расстройства в форме апатии, страдания или боязливости.

Существует пять главных признаков, дифференцирующих это состояние от общих расстройств развития. Во-первых, дети с реактивным расстройством привязанности имеют нормальную способность к социальному взаимодействию и откликаемости, в то время как при общих расстройствах развития — нет. Во-вторых, хотя патологический тип социальных реакций при реактивном расстройстве привязанности является вначале общим признаком поведения ребенка в различных ситуациях, аномальные реакции в большей степени уменьшаются, если ребенок помещен в нормальную среду воспитания, что предусматривает наличие постоянного отзывчивого воспитателя. Этого не бывает при общих расстройствах развития. В-третьих, хотя у детей с реактивным расстройством привязанности может отмечаться нарушенное речевое развитие, они не проявляют патологических особенностей в общении, характерных для аутизма. В-четвертых, в отличие от аутизма, реактивное расстройство привязанности не сочетается с постоянным и тяжелым когнитивным дефектом, заметно не реагирующим на средовые изменения. В-пятых, стойко ограниченный, повторяющийся и стереотипный тип поведения, интересов и деятельности не является признаком реактивного нарушения привязанности.

Реактивное расстройство привязанности почти всегда возникает в связи с грубо неадекватной заботой о ребенке. Это может принимать форму психологически жестокого обращения или пренебрежения (об этом свидетельствуют суровые наказания, постоянное отсутствие реакций на попытки ребенка вступить в общение или явная неспособность к роли родителя); или физически жестокого обращения и пренебрежения (об этом свидетельствует постоянное невнимание к основным физическим нуждам ребенка, повторяющиеся намеренные травмирования или неадекватное обеспечение питания). В связи с недостатком знаний о том, постоянна ли связь между неадекватной заботой о ребенке и расстройством, наличие средового лишения и искажения не является диагностическим требованием. Однако требуется осторожность в постановке диагноза при отсутствии данных о жестоком обращении с ребенком или пренебрежении им.

Диагноз не может быть установлен автоматически на основе жестокого обращения с ребенком или пренебрежения им, т.к. не у всех детей, подвергшихся жестокому обращению или пренебрежению, выявляется это расстройство.

Исключаются:

- сексуальное или физическое насилие в детстве, приводящее к психосоциальным проблемам (Z61.4 — Z61.6);
- синдром жестокого обращения, приводящего к физическим проблемам (T74);
- нормальная вариация в структуре селективной привязанности;
- расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу (F94.2);
- синдром Аспергера (F84.5).

Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу — особое проявление аномального социального функционирования, которое возникает в период первых лет жизни и которое, установившись, обнаруживает тенденцию к стойкости, несмотря на заметные изменения в окружающей обстановке. В возрасте около 2-х лет это расстройство обычно проявляется прилипчивостью в отношениях, с диффузными, неизбирательно направленными привязанностями. К возрасту 4-х лет диффузные привязанности остаются, но прилипчивость обнаруживает тенденцию замещаться претендующим на внимание и неразборчиво дружеским поведением.

В среднем и позднем детстве у ребенка уже могут быть и развиты избирательные привязанности, но направленное на привлечение внимания поведение часто сохраня-

ется, и обычными являются плохо модулированные взаимодействия со сверстниками. В зависимости от обстоятельств могут также иметь место сопутствующие эмоциональные или поведенческие расстройства. Синдром наиболее отчетливо выявлен у детей, воспитываемых в учреждениях с младенчества, но встречается и в других ситуациях. Частично он может быть обусловлен стойким недостатком благоприятной возможности развивать избирательные привязанности, как следствие чрезмерно частых перемен воспитателей. Концептуальное единство синдрома зависит от раннего начала диффузных привязанностей, продолжающегося плохого социального взаимодействия и отсутствия ситуационной специфичности.

Диагностические указания:

Диагноз основывается на данных о том, что ребенок проявляет необычную степень диффузности в избирательных привязанностях в первые 5 лет жизни, и это сочетается с общим прилипчивым поведением в младенчестве и/или неразборчиво дружеским, претендующим на внимание поведением в раннем и среднем детстве. Обычно отмечают трудности в формировании доверительных тесных взаимосвязей со сверстниками. Они могут сочетаться или не сочетаться с эмоциональными или поведенческими расстройствами частично в зависимости от обстоятельств, в которых находится ребенок. В большинстве случаев в анамнезе имеются отчетливые указания на то, что в первые годы жизни были смены воспитателей или многочисленные смены семьи (как при неоднократном помещении в приемные семьи).

Включаются:

- психопатия от недостатка привязанностей;
- синдром детского закрытого учреждения;
- учрежденческий синдром.

Исключаются:

- гиперкинетические расстройства или расстройство дефицита внимания (F90.-);
- реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте (F94.1);
- синдром Аспергера (F84.5);
- госпитализм у детей (F43.2x).

Другие невротические расстройства.

Тики. Тиком является произвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее в себя ограниченные мышечные группы) или вокализмы (голосовая продукция), которые начинаются внезапно и бессмысленно. Тики имеют тенденцию переживаться как неодолимые, но обычно они могут быть подавлены на различные периоды времени. И двигательные, и вокальные тики могут быть классифицированы как простые или сложные, хотя границы разграничения плохо определены. Обычные простые двигательные тики включают в себя мигание, дергание шеи, пожимание плечом и гримасничанье. Обычные простые и вокальные тики включают в себя откашливание, лаянье, фыркание, шмыганье и шипение. Обычные сложные моторные тики включают поколачивание себя, подпрыгивание и скакание. Обычный комплекс голосовых тиков включает повторение особых слов и иногда использование социально неприемлемых (часто непристойных) слов (копролалия), и повторение собственных звуков или слов (палилалия).

Тики существенно более часто отмечаются у мальчиков, чем у девочек, и как правило наблюдается наследственная отягощенность.

Диагностические указания:

Главными признаками разграничения тиков от других двигательных нарушений является внезапный, быстрый, преходящий и ограниченный характер движений при отсутствии неврологического расстройства (необходима консультация невролога); повторяемость движений, их исчезновение во время сна; и способность ребенка какое-то время сдерживать их. Отсутствие ритмичности позволяет дифференцировать тики от стереотипных повторяющихся движений, наблюдаемых при некоторых случаях аутизма или при умственной отсталости..

Тики часто встречаются как изолированный феномен, но нередко они сочетаются с широким спектром эмоциональных нарушений особенно, навязчивых и ипохондрических феноменов. Специфические задержки развития также связаны с тиками.

Транзиторные тики

Выявляются общие критерии тикового расстройства, но тики не сохраняются более 12 месяцев. Это наиболее частая разновидность тиков, и самая частая в возрасте 4 или 5 лет. Тики обычно имеют форму мигания, гримасничанья, покашливания, шмыганья носом или подергивания головы. В некоторых случаях тики отмечаются как единственный эпизод, но в других случаях есть ремиссии и рецидивы с течением времени.

Энурез неорганической природы

Расстройство, характеризуемое непроизвольным упусканием мочи, днем и/или ночью, что не должно наблюдаться у детей старше 3,5–4 лет; оно не является следствием отсутствия контроля за функцией мочевого пузыря, обусловленного каким-либо неврологическим нарушением или эпилептическими припадками или структурной аномалией мочевого тракта (необходима консультация детского уролога).

Энурез может отмечаться с рождения (патологическая задержка нормального младенческого недержания или возникать вслед за периодом приобретенного контроля за мочевым пузырем. Позднее начало (или вторичное) обычно проявляется в возрасте 5-7 лет. Энурез может быть как моносимптоматическое состояние или может сочетаться с эмоциональными или поведенческими расстройствами.

Эмоциональные проблемы могут возникать вторично вследствие дистресса или стыда, связанного с энурезом. .

Диагностические указания:

Нет четкого разграничения между нормальными вариантами в возрасте приобретения контроля за мочевым пузырем и энурезом — расстройством. Энурез иногда встречается в сочетании с энкопрезом; в таком случае должен быть диагностирован энкопрез.

Иногда у ребенка возникает преходящий энурез вследствие цистита или полиурии (как при диабете). Однако это не составляет основное объяснение для энуреза, который упорно продолжается после того как инфекция пролечена или после того как полиурия взята под контроль. Нередко цистит может быть вторичным по отношению к энурезу, возникнув вследствие занесения инфекции в мочевой тракт (особенно у девочек) в результате постоянной влажности.

Энкопрез неорганической природы

Повторяющееся, произвольное или непроизвольное отхождение кала, обычно нормальной или почти нормальной консистенции в местах, которые в данном социо-культуральном окружении не предназначены для этой цели. Состояние может представлять

собой патологическое продолжение нормального младенческого недержания или может включать в себя потерю навыков удержания кала вслед за периодом приобретенного контроля за кишечником; или же речь идет о намеренной дефекации в неподходящих местах, несмотря на нормальный физиологический контроль за функцией кишечника. Состояние может встречаться как моносимптоматическое расстройство или быть частью более широкого расстройства, особенно эмоционального расстройства (F93.x) или расстройства поведения (F91.x).

Диагностические указания:

Решающим диагностическим признаком является дефекация в неподходящих местах. Состояние может возникнуть по нескольким причинам. Во-первых, оно может представлять отсутствие обучения туалету или отсутствие адекватного результата обучения. Во-вторых, оно может отражать психологически обусловленное расстройство, при котором есть нормальный физиологический контроль над дефекацией, но по какой-либо причине, такой как отвращение, сопротивление, неспособность подчиняться социальным нормам, происходит испражнение в не предназначенных для этого местах. В третьих, оно может происходить из физиологической задержки кала, включающей его плотное сжатие с вторичным переполнением кишечника и испражением в неподходящих местах. Такая задержка дефекации может возникнуть как результат ссор между родителем и ребенком при обучении контролю над кишечником, как результат задержки кала из-за болезненности дефекации (например, вследствие анальной трещины) или по другим причинам.

В некоторых случаях энкопрез сопровождается размазыванием кала по телу или окружающей обстановке и реже может быть введение пальца в анус или мастурбация. Обычно имеется некоторая степень сопутствующих эмоциональных (поведенческих) расстройств, т.е. в отличие от энуреза редко встречается как изолированное расстройство.

Выявление психопатологической симптоматики, ведущих особенностей черт личности подростка, его взаимодействия со сверстниками и родителями, а также анализ особенностей семейного воспитания помогает дифференцированно подобрать необходимую психокоррекционную программу, что повышает эффективность реабилитационных программ.

Об эффективности реабилитационной работы можно судить по динамическим изменениям показателей, свидетельствующих о психическом неблагополучии подростка. Такие психические факторы девиантного поведения как агрессивность, конфликтность, тревожность и пр. могут быть измерены в баллах, то снижение этих показателей зафиксированное через определенные промежутки, свидетельствуют об эффективности коррекционной работы.

Диагностика психической патологии у детей, оказавшихся в депривационных условиях, является одним из важнейших компонентов выявления группы риска для развития различных злоупотреблений. Известно, что такие виды зависимости как табакокурение, алкоголизм, наркомании и токсикомании имеют высокий уровень коморбидности с психической патологией. Своевременное выявление и коррекцию психопатологической симптоматики необходимо учитывать при планировании программ комплексной медико-социальной помощи детям, оказавшихся в депривационных условиях.

Рекомендуемая литература

- Бернс Р. С., Кауфман С.Х. Кинетический рисунок семьи. М.: Смысл, 2000.
- Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. - Томск, 1994. - 310 с.
- Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Опросник САН. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С. 141-145.
- Программа диагностики «Психические расстройства в связи с семейной депривацией». Кальянов И.В., Портнова А.А., Худенко Е.Д., -- 2008. – М. – 87 с.
- Клиническая и судебная подростковая психиатрия. Под ред. Гурьевой В.А.; Генезис; 2001 г.; 480 стр.
- Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. - Ростов н/Д.: Феникс, 1999
- Лебединская К.С., Райская М.М., Грибанова Г.В. Подростки с нарушением в аффективной сфере. Клинико-психологическая характеристика трудных подростков. М.: Педагогика, 1988; с. 18–9, 25–7, 29–31, 69–88, 89–142.
- Лисина М.И. «Проблемы общей, возрастной и педагогической психологии», М, 1978
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр) (МКБ–10). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – Россия, Спб.: Оверлайд, 1994. – 300 с
- Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения // Клиническая и медицинская психология. - М.: Медпресс, 1999. - С.351-416.
- Подростки групп риска. Корнилова Т. В., Григоренко Е. Л., Смирнов С. Д. - СПб.: Питер, 2005. - 336 С.
- Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие/ Под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева -- СПб.: Питер, 2000.
- Практическая психодиагностика. Методики и тесты. / Под ред. Д.Я. Райгородского. / – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998.
- Психиатрия детского возраста. Рук-во для врачей. Ковалев В.В. М., 1979
- Психопатии и акцентуации характера у подростков - Личко А.Е., -- 1983
20. Briere J. Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. – 1996
21. Clare P., Bailey S., Clark A. Relationship between psychotic disorders in adolescence and criminally violent behavior. British J. of Psychiatry. – 2000, 177, 275-79
22. Copeland W.E., Miller-Johnson S., Keeler G., Angold A., Costello E.J. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. Am J Psychiatry. 2007 Nov;164(11):1625-7.
25. Pliszka S.R., Sherman J.O., Barrow M.V., Irick S. Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary study. Am J Psychiatry. 2001 Jan;158(1):146-7.

