

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Е.Р. Евсегнеева

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2014

УДК 616.89-008.447-053.2/.6(075.9)

ББК 88.8я73.

Е 25

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 5 от 02.10. 2014

Авторы:

доцент кафедры психиатрии и наркологии к.м.н. *Е.Р. Евсегнеева*

Рецензенты:

Кафедра общей и клинической психологии БГУ

Доцент каф. психиатрии и медицинской психологии БГМУ к.м.н. Пятницкая И.В.

Евсегнеева Е.Р.

Е 25

Расстройства поведения у детей и подростков: учеб-метод. пособие /Е.Р. Евсегнеева.-: Минск: БелМАПО, 2014 - 30 с

ISBN 978-985-499-820-6

В учебно-методическом пособии представлена информация о распространенности расстройств поведения, особенностях клиники в различных популяционных группах, способах диагностики и классификации. Отдельное внимание уделено способам коррекции, обладающим доказанной эффективностью.

Предназначено для психиатров, психотерапевтов, а так же врачей общей практики

УДК 616.89-008.447-053.2/.6(075.9)
ББК 88.8я73.

ISBN 978-965-499-820-6

© Евсегнеева Е.Р., 2014.

© Оформление БелМАПО, 2014

Оглавление

Введение.....	4
Агрессивное поведение как часть индивидуального развития.....	4
Дефиниции, диагностические критерии.....	6
Эпидемиология, особенности проявления в различных популяционных группах.....	12
Особенности организации когнитивной сферы, сопутствующие проблемы.....	13
Возрастная динамика.....	16
Терапия.....	20
Литература.....	28

Введение

Проблемы поведения и антисоциальное поведение характеризуют действия, не соответствующие возрасту, и установки, нарушающие семейные ожидания, общественные нормы и личные права других людей. Дети с проблемами поведения часто нарушают правила, они кричат, бранятся, у них возникают вспышки гнева, которые переходят в откровенный вандализм, физическую агрессию и воровство. Поступки таких детей могут показаться отвратительными, но нужно принимать во внимание, что они часто растут в крайне неблагополучных семьях и в окружении столь же неблагополучных соседей. Многие из них становятся жертвами физического насилия, оскорбления, пренебрежения, бедности, видят, как взрослые совершают преступления, а порой и сами вынуждены в этом участвовать.

Причины таких расстройств и их длительные последствия могут быть самыми разнообразными.

В Республике Беларусь дети с расстройствами поведения (РП) нередко пусть и не по своей воле попадают в поле зрения психиатра, но предпринять что-то, значительно улучшающее ситуацию, психиатр, к сожалению, не может из-за ограниченности ресурсов. Лечение таких детей носит формальный характер и сосредоточено преимущественно на психофармакотерапии. Далее дети возвращаются в прежнюю среду и подвергаются воздействию прежних педагогических и правовых инструментов, уже показавших свою низкую эффективность. Их образовательные, профессиональные и социальные достижения существенно страдают и во взрослом состоянии такие дети нередко создают серьезную нагрузку на общество. Затраты, которые несут системы образования, здравоохранения, охраны психического здоровья и правоохранительные органы, занимающиеся подростками с проблемами в поведении ошеломляюще велики (подсчитано, что стоимость для американского общества одного трудного подростка, а затем проблемного взрослого на протяжении его жизни составляла около 2,3 миллионов долларов в конце 1990-х!). К сожалению, оригинальная отечественная статистика по этому вопросу отсутствует, но, думается, что тенденция сходная.

Помимо этого дети с РП вырастают с нерешенными эмоциональными и внутренними проблемами, причиняющими дискомфорт им и их близким.

В связи с вышеизложенным актуальность более подробного изучения РП и путей их профилактики и лечения представляется весьма актуальной для нашего общества.

Агрессивное поведение как часть индивидуального развития

В ходе естественного процесса взросления почти все молодые люди время от времени нарушают правила. Много ли есть подростков, кто никогда не отрицал общепризнанные авторитеты, лгал, прогуливал школу, убегал из дому, приходил в общежитие после закрытия, воровал какие-нибудь мелочи, крушил чужую собственность или употреблял алкоголь и курил? Многие молодые люди совершают эти и другие антисоциальные поступки. Очень мало подростков

(около 6%) *полностью* воздерживаются от антисоциального поведения, и они, как правило, всего лишь точно соблюдают условности, а сами не доверяют окружающим их людям, тревожны и социально некомпетентны, — никак не скажешь, что они хорошо приспособлены.

Как правило, антисоциальное поведение у обычных, не проблемных детей и подростков возникает и потом идет на спад в процессе нормального развития. Так, например, большинство детей к 2 годам начинают проявлять агрессию и приучаются сдерживать ее к тому времени, как поступают в школу. Около 50% родителей говорят, что их дети-дошкольники лгут, не слушаются или портят вещи, и только 10% родителей подростков утверждают то же самое о поведении своих подростков детей.

На рис. 1 представлена частота некоторых распространенных форм антисоциального поведения у мальчиков и девочек, на основании описаний их родителей. Эти графики иллюстрируют некоторые важные черты антисоциального поведения при нормальном развитии.

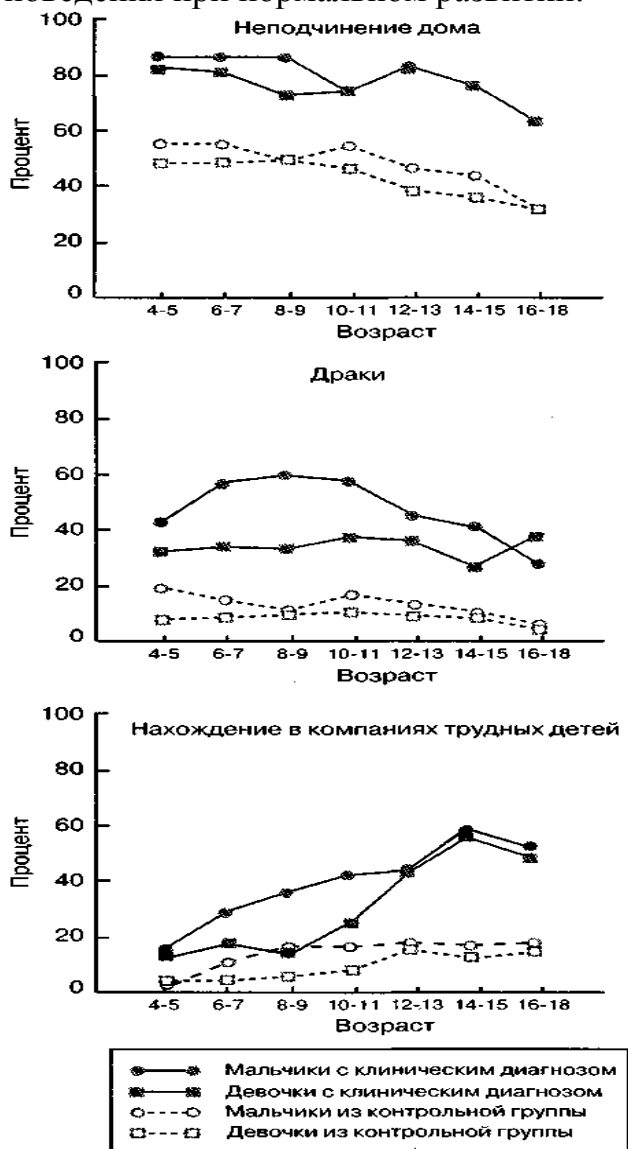


Рис. 1 Частота проявления антисоциального поведения, по сообщениям родителей, у мальчиков и девочек в возрасте 4-18 лет. (Adapted from Achenbach, 1991a)

Итак, хотя антисоциальное поведение у большинства детей с возрастом идет на убыль, наиболее агрессивные дети остаются такими же на протяжении длительного времени.

Дефиниции, диагностические критерии

Проблемы поведения рассматривались с нескольких различных точек зрения, в каждой из них использовались различные термины и определения, описывающие схожие паттерны поведения.

Юридическая точка зрения. Юридически проблемы поведения определяются как *делинквентные* или криминальные акты. Так как юридические определения формулируются на основании конкретных судебных процессов, они не учитывают антисоциальное поведение очень маленьких детей (например, непослушание или агрессию), возникающее дома или в школе. Важно также разграничить «официальную» делинквентность и преступность, явную только для самого человека, так как антисоциальные подростки, попадающие под арест, могут отличаться от своих сверстников, действующих по тем же паттернам, но не попадающих в тюрьму из-за своего интеллекта или изобретательности. Психологи продолжают спорить о том, в каком возрасте детей нужно привлекать к ответственности за их делинквентные (преступные) поступки. Минимальный возраст во многих штатах США — 12 лет, а юридические определения преступного поведения много раз изменялись в зависимости от терпимости или нетерпимости общества к антисоциальному поведению. Учитывая количество молодежи, принимающей участие в преступной деятельности, нам нужно задать вопрос, является ли такое поведение понятным (хотя и предосудительным) видом адаптации к враждебной окружающей среде; например, наиболее общая причина ношения оружия, выдвигаемая подростками, — это самозащита. К сожалению, не прослеживается четкой границы между преступными действиями, являющимися реакцией на условия окружающей среды, такими, например, как криминальное окружение, и действиями, обусловленными характером самого ребенка, скажем импульсивностью. Некоторые типы криминального поведения, такие как поджог и прогулы, включаются в современные определения психических нарушений, а другие — продажа наркотиков, вождение автомобиля в подростковом возрасте и проституция — нет. Юридическое определение преступности может быть результатом одного или двух отдельных поступков, тогда как определение психических нарушений, как правило, требует того, чтобы ребенок проявлял постоянный паттерн антисоциального поведения. Таким образом, только сравнительно небольшая подгруппа из всех детей, соответствующих юридическому определению преступности, вписывается и в определение психического расстройства.

Психологическая точка зрения. С психологической точки зрения проблемы поведения ребенка связаны со статистической характеристикой, которую

называют экстернализированным поведением, заключающимся в сочетании импульсивных, сверхактивных, агрессивных и делинквентных. Дети с крайней степенью экстернализации, как правило, обладают одним или более стандартными отклонениями от среднего, и считается, что у них есть проблемы в поведении. Сам по себе параметр экстернализации состоит из двух взаимосвязанных, но независимых подпараметров, называемых «делинквентными», или агрессивными. Первый из них — преступное поведение включает нарушение правил, например: побег, поджоги, воровство, прогул школы, употребление алкоголя и наркотиков, совершение актов вандализма. Второй — агрессивное; поведение включает драки, деструктивность, неповиновение, хвастовство, угрозу другим и разрушения в школе.

Были идентифицированы две другие независимые шкалы антисоциального поведения: шкала *открыто-скрытых* и *деструктивно-недеструктивных* форм.

Шкала открыто-скрытых форм поведения отображает как открытые видимые акты, например драка, так и скрытые, тайные акты, например ложь и воровство. Дети с антисоциальным поведением, как правило, более негативны, раздражительны и обидчивы в своих реакциях на враждебные ситуации, они чаще вступают в конфликты в семье. Наоборот, дети, проявляющие скрытое антисоциальное поведение, менее социальны, более тревожны и более подозрительны к другим, они чаще всего происходят из семей, где им не предоставляется поддержки. Большинство детей с проблемами поведения проявляют как открытое, так и скрытое антисоциальное поведение. Эти дети часто входят в конфликт с властями, у них возникают серьезные дисфункции в семье и результаты их поведения в течение длительного промежутка времени оказываются наиболее плохими.

Шкала деструктивно-недеструктивного поведения включает такие действия, как жестокость по отношению к животным или физическое нападение, и не деструктивное поведение, такое как ссоры и раздражительность. Как показано на рис.2, пересечение шкал открыто-скрытых типов поведения и деструктивно-недеструктивных приводит к четырем категориям проблем поведения: а) открыто-скрытое поведение, или ущерб собственности, б) открыто-деструктивное поведение, или агрессия, в) скрытно-недеструктивное, или нарушения статуса и г) открыто-недеструктивное, или оппозиционное поведение. Дети, проявляющие открыто-деструктивное поведение, в особенности склонные к постоянным физическим дракам, рискуют впоследствии приобрести психиатрические проблемы и функциональные заболевания.



Рис. 2. Четыре категории поведенческих проблем (adapted from Frick et al, 1993).

Психиатрическая точка зрения. С психиатрической точки зрения, проблемы поведения определяются как явные психические расстройства на основе симптомов, описанных в DSM. В данном учебно-методическом пособии мы опустим известные читателю диагностические критерии раздела МКБ-10 F90 Расстройства поведения. В справочнике DSM-IV-TR *расстройства социального поведения (disruptive behavior disorders)* это устойчивые паттерны антисоциального поведения, представленные категориями оппозиционно-демонстративного расстройства и расстройства поведения. Кроме того, диагноз антисоциального расстройства личности относится к пониманию проблем поведения у детей и их поведения в зрелом возрасте. Далее мы рассмотрим, как определяется каждое из этих типов расстройств.

Дети с *оппозиционно-демонстративным расстройством (oppositional defiant disorder (ODD))* проявляют не соответствующее возрасту упрямство,

раздражительность и ведут себя вызывающе. Оппозиционно-демонстративное расстройство было включено в справочник DSM, чтобы выявить раннее проявление антисоциального и агрессивного поведения среди дошкольников и детей школьного возраста. Поскольку такое поведение, как ссоры, проявление гнева, выражение раздражения очень распространено у детей, в среде профессиональных психологов и в обществе возникают сомнения в применимости этой категории. Тем не менее, есть доказательства независимого сочетания открытого недеструктивного поведения, такого как неповиновение и ссоры, подтверждающего, что оппозиционно-демонстративное расстройство является отдельным видом расстройств.

Основные черты диагностических критериев для оппозиционно-демонстративного расстройства

А. Паттерн негативистского, враждебного и оппозиционного поведения, продолжающийся, по крайней мере, 6 месяцев, когда присутствуют четыре (или более) из следующих характеристик:

- 1) ребенок или подросток часто выходит из себя
- 2) часто ссорится с взрослыми
- 3) часто активно отрицает или отказывается уступать просьбам или правилам взрослых
- 4) зачастую специально раздражает людей
- 5) часто обвиняет других за его или ее ошибки или неправильное поведение
- 6) часто становится раздражительным или его легко раздражают другие люди
- 7) часто злится и негодует
- 8) часто бывает злобным или мстительным

Примечание: учтите, этот критерий подходит, только если поведение возникает чаще, чем обычно наблюдается у детей сопоставимого возраста и уровня развития.

Примечание: диагноз оппозиционно-демонстративного расстройства не ставится, когда есть признаки расстройства поведения.

(Источник: DSM-IV-TR, Copyright, 2000 by APA.)

Расстройство поведения (conduct disorder) описывает детей, проявляющих очень агрессивные и антисоциальные поступки, в том числе они причиняют другим людям боль, крадут или совершают акты вандализма .

Основные диагностические критерии расстройства поведения

А. Это постоянный и устойчивый паттерн поведения, когда нарушаются основные права других или соответствующие возрасту социальные нормы или правила, и встречаются три

или более соответствующих критерия в течение 12 месяцев, и, по крайней мере, один критерий в течение 6 месяцев.

Агрессия по отношению к людям и животным

- 1) Часто совершает хулиганские поступки, угрожает другим или устрашает их.
- 2) Часто является инициатором драк.
- 3) Использовал оружие, которое может причинить серьезный физический вред другим (например: дубинку, кирпич, битую бутылку, нож, другое оружие).
- 4) Проявляет физическую жестокость к людям.
- 5) Проявляет физическую жестокость к животным.
- 6) Обворовывает жертву (например: ворует из карманов, прорезает кошельки, вымогает деньги или совершает вооруженное ограбление).
- 7) Принуждает заниматься сексом.

Разрушение собственности

- 8) Умышленно совершает поджоги с намерением причинить серьезный вред.
- 9) Умышленно разрушает собственность других людей (а не просто совершает поджоги).

Обман или воровство

- 10) Проникает в дом другого человека или в автомобиль.
- 11) Часто лжет, чтобы получить товары, завоевать благосклонность или избежать выполнения обязательств ("мошенничает" с другими).
- 12) Крадет предметы большой ценности, не нанося физического вреда (например, крадет вещи из магазина, но ничего не ломает; совершает подлог).

Серьезные нарушения правил

- 13) Часто не ночует дома, несмотря на запрещения родителей, начиная с 13-летнего возраста.
- 14) По крайней мере, дважды убежал из дома ночью, пока жил у родителей или у лиц, их заменяющих (или однажды долго не возвращался домой).
- 15) Часто прогуливает школу, начиная с возраста до 13 лет.

(Источник: DSM-IV-TR, Copyright, 2000 by APA)

Следует ли нам придавать особое значение возрасту, когда впервые возникают симптомы расстройства поведения? DSM делает четкое разграничение между подростками с ранним и поздним временем наступления расстройства поведения. Дети с **расстройством поведения, начинающимся в раннем детстве (childhood-onset CD)**, проявляют, по крайней мере, одну из характеристик расстройства в возрасте до 10 лет, а те, у кого **расстройство поведения начинается в подростковом возрасте (adolescent-onset CD)** —

нет. Все больше свидетельств указывает на важное значение возраста для диагностики и лечения детей с расстройством поведения. У детей, чье РП наступает в сравнительно раннем возрасте — чаще у мальчиков, регистрируются более агрессивные симптомы, объясняющие непропорциональное количество противозаконной деятельности, и дети со временем сохраняют агрессивность в поведении. Наоборот, дети, у кого РП возникают в подростковом возрасте — это в равной степени и мальчики и девочки, проявляют менее острую психопатологию по сравнению с группой с ранним наступлением расстройств. По мере того как эти дети становятся старше, они реже совершают насилие или проявляют постоянный уровень антисоциального поведения. Так что время возникновения расстройств действительно имеет значение.

Расстройство поведения и оппозиционно-демонстративное расстройство. У этих двух видов расстройств есть много общего. Горячо обсуждался вопрос о том, является ли оппозиционно-демонстративное расстройство отдельным расстройством или это просто более умеренная и рано проявляющаяся версия расстройства поведения. Симптомы оппозиционно-демонстративного расстройства, как правило, возникают за 2-3 года до симптомов расстройств поведения — в возрасте около 6 лет для оппозиционно-демонстративных расстройств и в возрасте 9 лет для расстройств поведения. Поскольку первыми у детей развиваются оппозиционно-демонстративные расстройства, вероятно, у некоторых они предшествуют расстройству поведения. Однако большинство детей с оппозиционно-демонстративным расстройством не переходят к более серьезным расстройствам поведения: по крайней мере, у половины сохраняется диагноз оппозиционно-демонстративного расстройства поведения и не возникает других расстройств, и еще около 25% вообще не проявляют проблем, связанных с оппозиционно-демонстративным расстройством. Таким образом, для большинства детей оппозиционно-демонстративное расстройство — это радикальный вариант развития, но он не обязательно свидетельствует о более серьезных проблемах поведения.

Более низкий уровень РП у маленьких детей может быть также отчасти вызван природой критериев DSM. DSM для всех возрастов дает одни и те же симптомы расстройств поведения, хотя многие из них нельзя применить к маленьким детям (например, когда подростки вламываются в чужие дома или прогуливают школу). Таким образом, более низкий уровень расстройств поведения у маленьких детей может отражать использование нечуткой диагностической системы, неприспособленной для раннего возраста больного.

Расстройство поведения и антисоциальное расстройство личности

Постоянные паттерны агрессивного и антисоциального поведения в детстве могут предшествовать возникновению в зрелом возрасте ***антисоци-***

ального расстройства личности- устойчивого паттерна неуважения и нарушений прав других людей, и совершению многочисленных противозаконных поступков. Около 40% детей с РП, когда становятся взрослыми, страдают от антисоциального расстройства личности.

Эпидемиология, особенности проявления в различных популяционных группах

Клинический диагноз РП довольно распространен, он охватывает от 2 до 6% всех детей. Уровень оппозиционно-демонстративных расстройств приблизительно в два раза превышает уровень расстройств поведения и в среднем составляет 12% всех детей. Эти показатели варьируют и зависят от пола, возраста и социально-экономического уровня ребенка.

Хотя половые различия усиливаются в середине детства, они ослабевают или совершенно исчезают к 15 годам. Усиление проблем поведения у девочек в подростковом возрасте связано в первую очередь с усилением скрытого неагрессивного антисоциального поведения. Антисоциальные девочки чаще других устанавливают взаимоотношения с антисоциальными мальчиками, рано беременеют и у них в дальнейшем наблюдается широкий спектр расстройств, в том числе тревога, депрессия. Хотя количественно различия между антисоциальными поступками мальчиков и девочек в подростковом возрасте снижаются, мальчики по-прежнему более склонны к насилию, чем девочки, на всем промежутке жизни, и они чаще девочек принимают участие в повторяющихся актах насилия. Девочки чаще мальчиков используют косвенные формы агрессии, например, сплетни. Точные причины гендерных отличий в антисоциальном поведении неизвестны. Предполагалось, что девочки могут более легко входить в контакт, чем мальчики, так как у них более развитые навыки коммуникации и выше уровень эмпатии и сдерживающий контроль в более молодом возрасте. Гендерные отличия могут быть также результатом того, что существуют дефиниции, в соответствии с которыми физической агрессии придается большое значение и гораздо меньшее значение имеют менее физически агрессивные формы антисоциального поведения, свойственного девочкам. Девочки, когда рассердятся, чаще мальчиков применяют косвенные формы агрессии, такие как вербальные оскорбления, сплетни, насмешки, остракизм, угрозы порвать дружбу, сведение счетов или помощь третьего лица. Открытое антисоциальное поведение более распространено у мальчиков, их симптомы заметнее в юном возрасте и этим можно объяснить более раннее проявление проблем в их поведении. А поскольку у девочек антисоциальное поведение проявляется в раннем детстве не так ярко, то, чтобы с раннего детства отличить девочек с расстройствами поведения, требуется более низкий порог отклонений или другие диагностические критерии.

Особенности организации когнитивной сферы, сопутствующие проблемы

Дефицит когнитивных и вербальных навыков - Хотя большинство детей с проблемами поведения обладают нормальным интеллектом, в среднем их коэффициент умственного развития на 8 пунктов ниже, чем у сверстников. Однако IQ может быть даже выше среднего (более чем на 15 пунктов) у детей с рано начавшимся РП, и это нельзя объяснить такими факторами, как исключительно низкое социальное положение, раса или раннее знакомство с пенитенциарной системой. Поскольку вербальный коэффициент умственного развития значительно ниже, то у детей с проблемами поведения имеет место недостаток речевой функции. Этот недостаток может влиять на внимание ребенка при чтении и прослушивании, разрешении проблем, выразительной речи и письме и запоминании вербального материала. Вербальный и языковой дефицит может внести свой вклад в антисоциальное поведение, они мешают развитию самоконтроля и распознаванию эмоций у других людей, а это в свою очередь приводит к недостатку эмпатии. Вербальный дефицит может усилить ранимость ребенка и его подверженность влиянию враждебного окружения в семье. Дефицит вербальной активности у ребенка затрудняет понимание родителями его потребностей. Все это ведет к фрустрации родителей, гораздо меньшему количеству позитивных взаимодействий, гораздо большему количеству наказаний и более значительным трудностям в обучении социальным навыкам. Дети с проблемами поведения редко учитывают последствия своих поступков или их влияние на других. Они не могут контролировать свое импульсивное поведение, удерживать в сознании социальные ценности или будущие вознаграждения или приспосабливать действия к меняющимся ситуациям.

Проблемы обучения - Дети с проблемами поведения плохо учатся в школе, медленно переходят из класса в класс, часто их помещают в специальные образовательные учреждения, исключают из школы, наказывают и выгоняют с уроков. Многие дети проявляют паттерны антисоциального поведения задолго до того, как они начинают посещать школу, более вероятно, что причиной как трудностей в школе, так и проблем поведения являются какие-то основные факторы, например: нейрпсихологический дефицит, дефицит вербальной функции или социоэкономические проблемы. Кроме того, плохая учеба и проблемы в поведении с течением времени начинают влиять друг на друга. Незаметное раннее отставание в развитии языковых навыков может привести к трудностям в чтении и коммуникации, что в свою очередь усиливает антисоциальное поведение в начальной школе. Дети и подростки с плохими академическими навыками, как правило, теряют интерес к школе и начинают поддерживать отношения с преступными сверстниками. К отрочеству взаимосвязь между плохой успеваемостью и антисоциальным поведением становится вполне очевидной.

Дефицит самоуважения - антисоциальное поведение, по-видимому, связано с завышенным, неустойчивым или нереалистичным представлением о себе. Любая кажущаяся угроза их предубеждениям по отношению к себе может привести к насилию, помогающему избежать принижения самооценки. В соответствии с этим представлением, самоуважение членов молодежных банд соответствует паттерну, при котором любое усиление статуса, уважения или престижа и самооценки у одного из членов группы подрывает его уважение к остальным членам группы и статус других. Так что, хотя низкая самооценка не основная причина проблем в поведении, дети с такими проблемами могут испытывать ряд нарушений в концепции «я», усиливающих их антисоциальное поведение.

Межличностные трудности в общении со сверстниками -

Маленькие дети с проблемами поведения проявляют физическую агрессию, их игры неприемлемы для окружающих, они враждебно разговаривают и обладают плохими социальными навыками. Когда дети с РП подрастают, то большинство их не находит поддержки и дружбы среди своих сверстников, хотя некоторые из них могут стать довольно популярными. Начав ходить в школу, некоторые дети с РП становятся хулиганами, и этот паттерн связан с продолжительным антисоциальным поведением в подростковом возрасте и в зрелости. *Издевательства* среди детей-школьников — очень старая, знакомая и особенно оскорбительная форма антисоциального поведения. Они возникают, когда один или более детей совершают в отношении другого дурные поступки. Такие поступки могут принимать форму физического насилия. Это могут быть слова, гримасы или грязные жесты и намеренное исключение из группы. Дети издеваются над слабыми, над теми, кому трудно себя защитить. Эта проблема широко распространена, и более 7% школьников нападают на других детей. Мальчики чаще девочек совершают акты хулиганства в отношении других детей и, как правило, сами чаще становятся жертвами хулиганов. Статус ребенка — жертвы или хулигана, как правило, остается стабильным в течение некоторого времени. Жертвы и хулиганы обычно обладают несколькими типичными характеристиками. Типичные жертвы издевательств характеризуются паттернами тревожного и покорного поведения, а мальчики-жертвы, как правило, физически слабы. Своим поведением эти дети подают сигнал о том, что если на них нападают или оскорбляют, они не дадут сдачи. Типичные хулиганы агрессивно ведут себя по отношению и к сверстникам и к взрослым. Они зачастую импульсивны, им нужно доминировать над другими людьми, они сильнее других мальчиков, мало сочувствуют своим жертвам и извлекают удовлетворение и материальную пользу от причинения вреда и страданий своим жертвам.

Дети с проблемами поведения все же заводят себе друзей. К сожалению их дружба зачастую основана на взаимной симпатии одинаково антисоциально настроенных подростков. Дружба с антисоциальными сверстниками

укрепляется в возрасте 9-12 лет и помогает переходу от принуждающего поведения в детстве к подростковым преступлениям, таким как воровство, злоупотребление наркотиками или прогулы школы. «Дружба» между антисоциальными мальчиками, как правило, характеризуется неустойчивостью и не приносит им удовлетворения. Когда все же отношения носят положительный характер, они все равно осложнены стремлением одного подростка подчинить себе другого. Агрессивные дети также не в состоянии полностью переработать информацию в социальных ситуациях. Они недооценивают свою собственную агрессивность и ее негативное влияние на других и переоценивают агрессию, направленную на них самих. В их поведении проявляется *склонность к приписыванию враждебности*, означающее, что они чаще приписывают негативные намерения другим людям, в особенности когда намерения других не ясны (например, когда какой-нибудь ребенок случайно наталкивается на них, они, как правило, думают, что он сделал это специально). Агрессивные дети склонны ценить социальное доминирование и месть, а не дружбу. Им не хватает заботы о других людях и их способы решения социальных проблем неадекватны и неприемлемы для окружающих. Важно помнить, что многие дети с проблемами поведения живут в очень неблагоприятных условиях. В некоторых случаях их так называемое «предубеждение» видеть угрозу и агрессию у других людей является точным отражением их пребывания во враждебном социальном мире, а агрессивный стиль реагирования оказывается адаптивной реакцией на этот мир.

Семейные проблемы - Проблемы с родителями, сестрами и братьями и членами большой семьи часто являются следствием антисоциального поведения и жестокого обращения). С проблемами поведения у детей связаны два типа семейных нарушений:

— *Общие* семейные нарушения, такие как психопатология родителей, антисоциальные семейные ценности и случаи антисоциального поведения в семье, семейная нестабильность и нехватка средств.

— *Конкретные* расстройства в воспитательной практике и семейном функционировании, например: слишком суровое воспитание и дисциплина, недостаток присмотра за ребенком, нехватка эмоциональной поддержки и разногласия между родителями в вопросах воспитания.

Эти два типа семейных нарушений тесно взаимосвязаны между собой, так как общие нарушения в семье, например, депрессия матери, часто приводит к плохому воспитанию, что, в свою очередь, вызывает у ребенка ощущение родительской некомпетентности и провоцирует его на антисоциальные поступки, а такое поведение ребенка может еще больше усилить депрессию матери и, таким образом, круг замкнется.

Проблемы, связанные со здоровьем - Молодые люди с проблемами поведения прибегают к паттернам, которые подвергают их сильному риску возникновения некоторых заболеваний или нанесения себе вреда. Так, в результате они могут приобрести болезни, передающиеся половым путем, или даже попасть в реанимацию при передозировке наркотиков. Неудивительно, что уровень ранней смертности (до 30 лет) обусловлен рядом причин: убийство, самоубийство, случайное отравление, несчастный случай, передозировка наркотиков. И такое в 3-4 раза чаще встречается у мальчиков с проблемами поведения, чем среди обычных молодых людей (вопреки популярному представлению, умирать молодым, вовсе не свойственно хорошим!).

Возрастная динамика

Самые первые признаки асоциального поведения — это *трудный темперамент в первые несколько лет жизни*. Трудный темперамент выражается в суетливости, раздражительности, нерегулярном сне и еде, расстройстве и фрустрации в ответ на новые события. Тем не менее, хотя эти проявления предшествуют возникновению проблем поведения впоследствии, они не специфичны только для этого типа расстройств.

Приблизительный порядок возникновения различных форм деструктивного и асоциального поведения с детства и в отрочестве

Дошкольный возраст

- 1) Трудный темперамент
- 2) Гиперактивность
- 3) Заметные проблемы в поведении / Агрессивность

Школьный возраст

- 4) Уход
- 5) Плохие взаимоотношения со сверстниками
- 6) Проблемы в учебе
- 7) Скрытые проблемы в поведении

Возраст отрочества

- 8) Связь с преступными сверстниками
- 9) Преступление (арест)

Большинство детей с проблемами поведения проявляют полиморфность поведенческих нарушений, со временем к их асоциальным поступкам прибавляются новые, а не просто повторяются старые. Плохие социальные навыки и социально-когнитивный дефицит часто сопровождают рано возникающее оппозиционное и агрессивное поведение, так что ребенок становится предрасположен к установлению плохих взаимоотношений со сверстниками, отвержению сверстниками и социальной изоляции. С поступлением в школу проблемы импульсивности и внимания могут привести к возникновению затруднений в чтении и академической неуспеваемости. В возрасте с 8 до 12 лет начинает возникать такое поведение, как драки, хулиганство, поджоги, вандализм, жестокое отношение к животным и людям, акты воровства.

Во всех культурах проблемы поведения чаще возникают в отрочестве, чем в детстве. Преступное поведение резко усиливается в средней поре отрочества, достигает пика в возрасте 17 лет, затем так же резко идет на убыль в конце отрочества и ранней зрелости. Отрочество характеризуется ростом *связи с оппозиционными сверстниками*, когда после того как подростков арестовывают или повторно арестовывают и они начинают нести уголовную ответственность. В возрасте от 12 до 14 лет особенно часто трудные подростки злоупотребляют наркотиками, совершают такие проступки, как сексуальные нападения, разрушение собственности, побег из дома, прогулы, мошенничество, грабежи и взломы. К 18 годам многие дети с РП уже проявляют признаки антисоциальности — в том числе прибегают к опасному сексу, усваивают опасные привычки в вождении автомобилей, заводят себе преступных друзей и оказываются без работы.

Означает ли такой ход развития, что каждый ребенок с проблемами поведения становится преступным подростком? Очевидно, нет. Последовательность на рис. 3 иллюстрирует максимальное развитие проблем поведения, начинающееся в раннем возрасте и продолжающееся в отрочестве. Хотя некоторые дети достигают такого максимального развития антисоциальных паттернов, другие прекращают вести себя антисоциально в юном возрасте, у третьих подростков может не возникать никаких трудностей до отроческого возраста, и не все дети полностью проявляют все описанные проблемы. Это приводит нас к двум важным мыслям об общем развитии. Как показано на рис. 3, лишь очень ограниченное число детей проявляет стабильный паттерн антисоциального поведения на протяжении всей своей жизни, а большинство этого не делает.



Рис. 3. Изменение распространенности участия в антисоциальном поведении на протяжении всей жизни (Moffitt, 1993a).

Две линии поведения. Существует столько же путей развития асоциального поведения, сколько есть на свете детей. Тем не менее множество данных свидетельствует о том, что есть два общих пути развития: путь асоциального развития на протяжении всей жизни и путь, ограниченный подростковым возрастом.

Линия поведения, сохраняющаяся в течение жизни, наблюдается приблизительно у 7% детей и характерна для тех, кто участвует в асоциальном поведении с раннего возраста и продолжает вести себя также и будучи взрослым. Эти подростки могут кусаться и пинаться в 4 года, красть и прогуливать в 10, продавать наркотики и красть машины в 16, совершать грабежи и изнасилования в 22 года и мошенничество и насилие над детьми в 30. У таких детей характер остается неизменным, но способ выражения меняется на протяжении развития у ребенка, по мере того как появляются новые «возможности» его выразить. У детей с этой линией поведения антисоциальность возникает довольно рано, потому что незначительный нейropsychологический дефицит может помешать им развить язык, память и самоконтроль, и все это приводит к когнитивной задержке и формированию трудного темперамента к 3-м годам или даже раньше. Этот дефицит повышает уязвимость ребенка к антисоциальным явлениям в социальной среде, например, к оскорблениям и плохому воспитанию, а это ведет к оппозиционному поведению и возникновению проблем.

Только около половины детей, проявляющих ранние асоциальные тенденции, в дальнейшем участвуют в серьезных преступлениях в подростковом возрасте. Такие подростки в разных ситуациях проявляют себя последовательно одинаково, например они лгут дома, воруют в магазинах и обманывают в школе. Вступив в пору ранней зрелости, им трудно установить устойчивые отношения, они проявляют недоверие к окружающим, агрессивное

доминирование и импульсивность. После периода отрочества у таких людей редко случается полное и спонтанное «выздоровление», оно наблюдается только у 6% молодых подростков. Такой паттерн поведения сохраняется в течение жизни и лишь укрепляется, а последствия антисоциальных поступков аккумулируются. Например, из-за плохого самоконтроля и ограниченности интеллекта человек порой принимает имеющие тяжелые последствия решения. Так подросток может бросить школу или начать злоупотреблять наркотиками, а это поведение еще больше ограничивает его возможности в дальнейшей жизни.

Линия поведения, ограниченная отрочеством, характерна для подростков, чье антисоциальное поведение начинается в период полового созревания и продолжается в отрочестве, но потом прекращается в период ранней зрелости. Около 30% подростков попадают в категорию асоциального развития, ограниченного отрочеством. По этому пути идет большинство молодых нарушителей закона, чье асоциальное поведение ограничивается, в основном, периодом отрочества и юности. Такие подростки проявляют менее крайние формы асоциальной активности, чем те, кто формирует длительные асоциальные паттерны, они реже уходят из школы и сильнее привязаны к семье. Преступная деятельность на пути асоциального развития, ограниченного отрочеством, часто связана с временными ситуативными факторами, особенно влиянием сверстников. Поведение таких подростков непоследовательно в разных ситуациях — они могут употреблять наркотики или воровать с друзьями, при этом следуя прочим социальным нормам и хорошо учась в школе.

Привлекательность запрещенных подростку привилегий взрослого, таких как употребление алкоголя, вождение машины или занятия сексом, могут мотивировать некоторых из них, даже не проявляющих признаков антисоциальности, совершать антисоциальные поступки в период наступления подросткового возраста. Эти подростки могут наблюдать за своими сверстниками, которые уже ведут устойчиво асоциальный образ жизни, получая желанные привилегии взрослых нечестными средствами, и начинают подражать им. В конце концов, когда они получают доступ к привилегиям взрослых, то перестают нарушать закон, прибегают к более адаптивному и просоциальному поведению и вновь возвращаются к ценностям, усвоенным ими раньше.

Некоторые подростки с антисоциальным развитием, ограниченным периодом отрочества, отказываются от своих прежних привычек, когда им уже далеко за 20. Такое постоянство зачастую приводит к западне, когда после асоциальных поступков перед молодым человеком захлопываются все двери и он не может получить хорошую работу, высшее образование или привлечь партнера противоположного пола, который мог бы его поддержать. Прогнозирование пожизненного антисоциального развития и ограниченного во времени антисоциального развития помогает нам понять, почему взрослое антисоциальное поведение почти всегда предваряется асоциальным поведением в

детстве, тогда как большинство асоциальных подростков не становятся асоциальными взрослыми. На пороге ранней зрелости дороги подростков с пожизненным и ограниченным социальным развитием расходятся.

Терапия

На протяжении жизни подростка с серьезными проблемами поведения обычно опробуются многие формы воздействия. Постоянные конфликты с образовательной системой, общественными службами охраны здоровья и юридической системой приводят к тому, что ребенка направляют в различные лечебные учреждения. К сожалению, в существующих реалиях возможности для изменения ситуации не так и велики – преимущественно кратковременное медикаментозное лечение (возможно стационарное) вкупе с дисциплинарными/педагогическими мерами. Ограничительные методы, такие как помещение в психиатрическую больницу и в тюрьму, также дают мало эффективности и имеют дополнительный недостаток в том, что это лечение крайне дорого. Заключение в тюрьму может даже не служить функции защиты общества, так как зачастую подростки, попадая в тюрьмы и колонии и впоследствии выходя на свободу, совершают больше преступлений, чем те, кто остается дома и проходит курс терапии

Для эффективного вмешательства необходимо использование сочетания методов, применимых как отдельному человеку, так и к семье, школе и общественной ситуации. Кроме того, в курсе терапии часто требуется, чтобы можно было выявить и решить соответствующие проблемы в семье, такие, например, как депрессию матери, разлад в семье или жестокое обращение с ребенком.

Так как известно, что проблемы поведения у детей со временем развиваются и становятся разнообразнее, то терапия должна четко реагировать на то, в каком направлении развивается ребенок. Методы и цели терапии отличаются для дошкольников, школьников и подростков и в зависимости от типа и остроты проблем поведения ребенка. В целом, чем дальше ребенок развивается в направлении антисоциального поведения, тем больше его потребность в интенсивных вмешательствах и, к сожалению, тем хуже прогноз. На деле, если антисоциальное поведение не изменяется к концу третьего класса, то оно лучше всего лечится как хроническое состояние, напоминающее диабет, от него нельзя избавиться, но можно справиться или подавить в процессе продолжительных вмешательств и поддерживающих мер. Такое затруднительное положение, характеризующееся большими усилиями и затратами на терапию и сравнительно незначительным результатом в случае с детьми постарше, привело к переоценке приоритетов, и психологи стали больше значения придавать раннему вмешательству и предупреждению антисоциально-

сти в поведении . Исчерпывающий двусторонний подход к лечению проблем в поведении включает:

— *постоянные вмешательства*, которые помогают подросткам помоложе и их семьям справиться с многими связанными социальными, эмоциональными и академическими проблемами;

— *раннее вмешательство* для маленьких детей, у которых только начали возникать проблемы в поведении

Чтобы проиллюстрировать многочисленные виды терапии проблем в поведении, мы укажем на три метода лечения, успех которых уже в некоторой степени доказан: ***тренинг родительской компетентности, когнитивный тренинг навыков разрешения проблем и многосистемная терапия*** (табл. 1). Мы также обсудим психофармакологическую терапию и новые перспективные превентивные вмешательства для маленьких детей. Почти во всех формах терапии психологи предоставляют корректирующий межличностный опыт с родителями, братьями и сестрами и сверстниками, отражение того факта, что большинство антисоциальных фактов, в том числе насилие, возникает между ребенком и членами семьи или сверстниками.

Таблица 1. Терапия детей с проблемами поведения

Терапия	Общее представление
Тренинг родительской компетентности	Учит родителей изменять поведение их ребенка в доме, используя возможности техники управления. Главное внимание уделяется усовершенствованию взаимодействий родителей и ребенка и тренировке других родительских навыков (например: коммуникации родителей и детей, мониторинг и наблюдательность).
Когнитивный тренинг навыков разрешения проблем	Определяет когнитивные недостатки ребенка и искажения в социальных ситуациях. Ребенок учится оценивать ситуацию, изменять ее или ее атрибуции о мотивациях других детей, быть более чувствительным к тому, что чувствуют другие дети, и создавать альтернативные и более подходящие решения.
Многосистемная терапия	Интенсивный метод, опирающийся на другие техники, такие как тренинг родительского управления, тренинг когнитивных навыков разрешения проблем и супружеская терапия, специальные интервенции, такие как специальное образование и отправка на участие в программах по лечению от наркомании или в суд.

Тренинг родительской компетентности

Тренинг родительской компетентности направлен на то, чтобы обучить родителей заставлять ребенка изменять свое поведение дома . Основная предпосылка тренинга родительской компетентности состоит в том, что плохое взаимодействие родителей и ребенка может вести к поддержанию антисоциальных паттернов поведения ребенка, и в предположении, что стоит из-

менить способ взаимодействия родителей с ребенком, как его поведение улучшится. Хотя меры принуждения в семье рассматриваются как совместный результат поведения и родителей и ребенка, легче всего и наиболее желательно для начала изменить поведение родителей, и тогда эти взаимодействия изменятся. Цель тренинга родительской компетентности — обучить родителей новым навыкам.

Общие характеристики тренинга родительской компетентности

— Терапевт осуществляет минимальное вмешательство в жизнь ребенка или не вмешивается вообще.

— Отец или мать учится использовать конкретные процедуры для изменения взаимодействия между родителями и детьми, развивает просоциальное детское поведение и ослабляет неповиновение у ребенка.

— Терапевты используют разнообразные методы обучения дома или в клинике, в том числе интерактивную дискуссию, прямое наставление, моделирование, заключение контрактов о поведении, воспроизведение поведения, формирование поведения, обратную связь, ролевую игру и структурные домашние задания.

— Родители учатся по-новому наблюдать за поведением своих детей и идентифицировать его.

— Сессии включают усвоение принципов социального научения, в том числе эффективное использование команд; способы установления четких правил; использование дифференцированного внимания; использование похвалы, вознаграждений или подарков за желаемое поведение; использование мягкого наказания, например, такого как тайм-аут в качестве подкрепления или потеря привилегий; переговоры; ограничение непредвиденных ситуаций.

— Терапевтические сеансы предоставляют родителям возможность увидеть, как применяются новые техники, попрактиковаться в них и заново пересмотреть развитие отношений в семье.

— Домашние задания и другие тактики используются для того, чтобы способствовать генерализации навыков, усвоенных в процессе терапии дома.

— Прогресс в терапии тщательно фиксируется, и по мере надобности в ней осуществляются изменения.

Тренинг родительской компетентности обладает рядом преимуществ и ограничений. Были разработаны многие замечательные руководства для лечения и обучающие материалы, облегчающие его широкое распространение. Кроме того, тренинг родительской компетентности получил более широкое признание и оценку, чем другие методы лечения проблем в поведении. Эти оценки постоянно показывают, что тренинг родительской компетентности

обладает кратковременной эффективностью на влияние на поведение детей и родителей, при этом, в среднем, ребенок, чьи родители участвуют в нем оказывается более приспособленным после курса терапии, чем 80% детей, чьи родители не принимали в нем участия. Помимо изменений, наблюдающихся у ребенка, тренинг родительской компетентности помогает разрешить проблемы в поведении братьев и сестер и снизить стресс и депрессию у родителей.

Тренинг родительской компетентности оказался наиболее эффективным для родителей детей младше 12 лет и менее эффективен для родителей подростков. Хотя тренинг родительской компетентности достигает краткосрочного эффекта, его долгосрочная эффективность менее очевидна. Кроме того, тренинг родительской компетентности предъявляет многочисленные требования к родителям, такие как совершение процедур дома, посещение встреч и поддержание контактов с терапевтом по телефону. Для семей с немногочисленными ресурсами, находящимися в состоянии стресса, эти требования могут быть слишком тяжелыми, чтобы можно было продолжать лечение. Тренинг родительской компетентности редко применяется непосредственно. Фактически, родители детей с проблемами в поведении зачастую считают, что они используют хорошую практику воспитания, но что их ребенок не реагирует. Если в лечении такие представления родителей не учитываются, маловероятно, что родители усвоят процедуру тренинга или сами исправят свое поведение. Тренинг родительской компетентности все больше внимания уделяет обучению стратегиям общего разрешения проблем и навыкам игры, чтобы расширить взаимоотношение родителей и детей и знания родителей, поддержать брак и оказать социальную поддержку.

Когнитивный тренинг навыков разрешения проблем

Когнитивный тренинг навыков разрешения проблем уделяет внимание когнитивным недостаткам и искажениям, проявляемым детьми и подростками с проблемами поведения в ситуациях межличностного общения, в особенности агрессивными детьми. Основная предпосылка когнитивного тренинга навыков разрешения проблем состоит в том, что антисоциальные и агрессивные реакции ребенка провоцируются его или ее восприятием и оценкой окружающих событий и что изменения в ошибочном мышлении ребенка приведут к изменениям в открытом поведении, детей обучают идентифицировать их мысли, чувства и поведение в проблемных социальных ситуациях при помощи серии из пяти шагов по разрешению проблем.

Во время прохождения тренинга терапевт, играющий активную роль в лечении, использует обучение, практику и обратную связь, чтобы помочь детям найти различные возможности справиться с социальными ситуациями, научившись оценивать ситуацию, идентифицировать утверждения о себе и свои реакции, изменить типы атрибуций, которые делаются о поведении других детей, стать более чуткими к их чувствам, предвидеть реакцию других,

находить альтернативные и более подходящие решения межличностных проблем и исследовать влияние личного поведения на других и себя.

Основные элементы тренинга когнитивных навыков разрешения проблем

— Уделяется особое внимание мышлению ребенка, хотя поведение, являющееся результатом мышления, также считается важным; детей обучают постепенно разрешать межличностные проблемы.

— Самоподтверждения используются, чтобы направить внимание на аспекты проблемы, ведущие к эффективному решению.

— В терапии используются структурные задания, в том числе игры, школьные задания или рассказы.

— Ребенок учится применять когнитивные навыки разрешения проблем, усваиваемые в подлинных жизненных ситуациях.

— Психотерапевт играет активную роль в лечении, дает примеры когнитивных процессов в вербальных утверждениях, применяет последовательность утверждений для проблем, подсказывает детям, как применять навыки, предоставляет обратную связь и оценивает правильное их применение.

— В психотерапии сочетаются моделирование, практика, ролевая игра, поведенческие контракты, подкрепление и слабое наказание, такое как потеря очков или призов.

— В психотерапии уделяется особое внимание расширению решения проблем для повседневной жизни ребенка с помощью домашних заданий. Помимо этого родителей обучают помогать ребенку использовать ступени принятия решений и выполнять домашние задания.

Когнитивный тренинг навыков разрешения проблем имел некоторый успех у детей и молодежи, направляемой на лечение в связи с проблемами в поведении, особенно у детей постарше, и этот метод оказал благотворное влияние на функционирование родителей и семьи. Исследования постоянно подтверждают взаимосвязь между плохой приспособленностью и агрессивным поведением, на котором основывается тренинг навыков разрешения когнитивных проблем. Процедуры этого тренинга подробно описываются в руководствах по терапии.

Многосистемная терапия.

Многосистемная терапия основана на методе семейных систем, подчеркивающим взаимодействие социальных влияний и отражающим представление о том, что проблемы поведения детей, как правило, отражают дисфункции в семейных отношениях. С точки зрения многосистемной терапии, ребенок с проблемами поведения функционирует во взаимосвязанных соци-

альных системах, таких как семья, школа, соседи, суды и службы для молодежи. Основная предпосылка этой терапии заключается в том, что антисоциальное поведение является результатом или поддерживается в процессе транзакции внутри этих систем или между ними. Таким образом, терапия проводится со всеми членами семьи, школьным персоналом, сверстниками, сотрудниками юношеской службы и другими людьми в жизни ребенка. Многосистемная терапия — это интенсивный метод, опирающийся на другие техники, например: психотерапию родительской компетентности, когнитивный тренинг навыков разрешения проблем и семейную терапию, и специализированные вмешательства, такие как помещение в специальные образовательные учреждения и программы терапии, направленной на борьбу со злоупотреблением наркотиками или службы закона. В действительности многосистемная терапия направлена на коррекцию многочисленных серьезных признаков антисоциального поведения. Направляющие принципы многосистемного лечения представлены далее

Направляющие принципы многосистемного лечения

Принцип 1: Цель оценки — понять «соответствие» между идентифицируемыми проблемами и их более широким контекстом.

Принцип 2: Вмешательства должны быть сфокусированы на настоящем, ориентироваться на действие и решать конкретные и четко определенные проблемы.

Принцип 3: Вмешательства должны состоять из транзакций в поведении с разнообразными системами.

Принцип 4: Вмешательства должны соответствовать уровню развития ребенка и потребностям молодежи.

Принцип 5: Вмешательства должны требовать ежедневных и еженедельных усилий от членов семьи.

Принцип 6: Эффективность вмешательства оценивается постоянно, исходя из множества перспектив.

Принцип 7: Вмешательства должны приводить к генерализации эффектов лечения и их поддержанию во времени.

Принцип 8: Терапевтические контакты должны сосредотачиваться на позитивных чертах и вмешательства должны использовать системные методы в качестве рычагов для изменений.

Принцип 9: Вмешательства должны быть предназначены для того, чтобы развивать ответственное поведение и снижать безответственность в поступках.

Исследования результатов многосистемной терапии с крайне антисоциальными и жестокими подростками обнаружили, что этот метод лучше обычных служб, индивидуального консультирования, общественных служб и помещения в психиатрическую больницу. Кроме того, обнаружилось, что с помощью этого метода уменьшается преступность и агрессия у сверстников и улучшаются взаимоотношения в семье. Очень важно, что многосистемная терапия снижает уровень криминального поведения на период до 5 лет после ее прохождения. Многосистемный тренинг также эффективен по затратам, так как они оцениваются в одну пятую от сумм, необходимых для более современных вмешательств. Поскольку исследования многосистемного тренинга не выделяли в отдельную группу тех подростков, у которых формировался устойчивый паттерн антисоциального поведения по сравнению с детьми, антисоциальность которых ограничивалась отрочеством, трудно выяснить, одинаково ли успешным оказывается применение этих методик для обеих групп. Возможно, что отчасти успех мультисистемного тренинга помогает подросткам с антисоциальными наклонностями ослабить связи с их оппозиционными обществу сверстниками и, таким образом, они раньше отказываются от преступного поведения.

Лекарственные препараты.

Для лечения импульсивных и агрессивных проявлений у детей и взрослых с проблемами поведения используются разнообразные лекарственные средства, в том числе нейролептики, литий, антисудорожные препараты и стимулирующие средства. Нейролептики — наиболее часто используемые лекарства для лечения агрессивного поведения. Тем не менее, следует тщательно продумывать их долгосрочное использование из-за побочных эффектов, которые могут включать когнитивные дефициты, сонливость, набор лишнего веса и расстройства желудочно-кишечного тракта. Литий — это стабилизатор настроения, ослабляющий агрессивное поведение и дающий меньше побочных эффектов, чем нейролептики.

Противосудорожный препарат карбамазепин также помогает ослабить агрессивное поведение с минимальным влиянием на когнитивные функции. В дополнение к этим средствам лечения агрессивных симптомов, стимулирующие лекарства также могут помочь ослабить импульсивность у детей с проблемами поведения и сопутствующим расстройством дефицита внимания и гиперактивности.

Лекарства, использовавшиеся для лечения агрессивных симптомов, могут снять взрывные агрессивные и деструктивные проявления, но они реже снимают скрытые симптомы, такие как воровство или ложь. Используя для ослабления агрессивного поведения самого по себе, лекарства может быть вряд ли достаточно и его всегда надо использовать в сочетании с вмешательствами, которые обучают детей соответствующему социальному поведению и самоконтролю.

Превентивные вмешательства

До последнего времени лечению детей постарше с проблемами поведения уделялось намного больше внимания, чем программам раннего вмешательства и предупреждения. К счастью, такое состояние дел изменилось и выросло понимание необходимости интенсивных вмешательств дома и в школе, которые могут конкурировать с историей негативного развития ребенка, плохой семьей и окружением общества и дружбой с оппозиционно настроенными сверстниками. Можно выделить следующие основные предпосылки превентивных вмешательств.

— Проблемы в поведении можно легче и эффективнее вылечить у маленьких детей, чем у детей постарше.

— Если с юного возраста противодействовать факторам риска и усиливать факторы защиты, человек может ограничить или предотвратить эскалацию агрессии, отвержения сверстников, дефицита самооценки, расстройства поведения и провалов в учебе, наблюдаемых у детей с рано возникающими проблемами поведения.

Кэролайн Вебстер-Страттон разработала программу интенсивного раннего вмешательства для родителей 4-8-летних детей с проблемами поведения или рискующими их приобрести. В обучении применяются интерактивные видеокурсы, что позволяет широко их использовать с относительно низкими затратами. Кроме обучения родителей навыкам управления детьми, эта программа также адресована взаимосвязанным проблемам поведения человека, его семьи и отношений в школе. Родителей также обучают стратегиям личного самоконтроля для того, чтобы справиться с гневом, депрессией и порицанием. Кроме того, родители усваивают эффективные навыки коммуникации, стратегии, для того чтобы справиться с конфликтами дома и на работе, и способы увеличить социальную поддержку.

Хотя уже сделано много замечательных достижений в лечении и предупреждении проблем поведения, еще предстоит много работать. Главный вывод, который надо сделать из усилий по вмешательствам, за прошедшие 100 лет состоит в том, что степень успеха или неудач в лечении антисоциального поведения зависит от типа и серьезности проблем поведения ребенка и связанных с ними факторов риска и предупреждения. Детям со средними проблемами поведения из большинства нормальных семей среднего класса, как правило, приносит пользу вмешательство родителей, семьи или школы, а дети с серьезными или постоянными проблемами из семей с дисфункциями и с плохими соседями получают мало пользы, если вообще что-то приобретают от такого рода вмешательств. Хотя интенсивные вмешательства для детей с серьезными проблемами поведения и достигают небольших и краткосрочных целей, степень нормализации и долгосрочного влияния этих методов еще предстоит определить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бэрн Р., Ричардсон Б. Агрессия. – СПб.: Питер, 2001.– 352с.
2. Бардштейн Л.М., Можгинский Ю.Б. Патологическая агрессия подростков.-Москва.- Медпрактика-М.-2005.- 260 стр.
3. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия /2-е изд. Пер. с англ. – М.: Изд-во «Триада-Х», 2008. – 405 с.
4. Змановская Е.В., Рыбников В.Ю. Девиантное поведение личности и группы: Учебное пособие.- СПб.: Питер.-2011. 352 стр
5. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами/ Минск .-2010.- 440 с.
6. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка/ Пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 522 с.
7. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии: Пер с англ. /Под ред. К.С.Робсона./М.:Медицина, 1999.- 488 с.
8. American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. Pruitt DB, editor. Your adolescent: emotional, behavioral, and cognitive development from early adolescence through the teen years. New York (NY): Harper Collins Publication 1999; 195-219.
9. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Author; Washington, DC: 1994.
10. Antisocial Personality and Drug Use Disorders—Are They Genetically Related? van den Bree Marian B.M., et al In: Fishbein Diane H., editor. - The Science, Treatment, and Prevention of Antisocial Behaviors: Application to the Criminal Justice System. - 2000. – pp 81–82.
11. Baker L. Genetic and Environmental Bases of Childhood Antisocial Behavior: A Multi-Informant Twin Study/Journal of Abnormal Psychology. -2007. - Vol. 116(2). – pp. 219–235.
12. Biosocial Bases of Violence: Conceptual and Theoretical Issues. In: Raine Adrian, Brennan Patricia A., Farrington David P., Mednick Sarnoff A., editors. Biosocial Bases of Violence. Vol. 1 1997.
14. Clinical Child Psychiatry, Second Edition. Edited by W.M. Klykylo and J.L. Kay/ John Wiley & Sons Ltd, 2005. - 573 p.
15. Delinquency and hyperactivity./ Offord, et al. //Journal of Nervous and Mental Disease.- 1979.-Vol.167.- pp.734–41.
16. Early detection and management of mental disorders/ edited by Mario May et all /Wiley, 2005. - 306 p.
17. Familial Loading for Alcoholism and Offspring Behavior: Mediating and Moderating Influences./Brooke S. G. et al./ Alcoholism-clinical and Experimental Research.-2010.- November; Vol. 34(11).- pp. 1972–1984
18. Genetic and Environmental Influences on Conduct Disorder: Symptom, Domain, and Full-Scale Analyses. Gelhorn Heather L., et al/ Journal of Child Psychology and Psychiatry.-2005; Vol. 580

19. Handbook of Antisocial Behavior. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Adult Antisocial Behavior: A Life Span Perspective. Lahey B., Loeber R
20. Harsh K., Jeryl D. Kersher. Child and adolescent psychiatry for pediatrics and primary care. /Cambridge, Hogrefe, 2009. – 182 p.
21. Heritability of Irritable Impulsiveness: A Study of Twins Reared Together and Apart. Coccaro Emil F., et al/ Psychiatry Residency.- 1993-Vol.48.- P.229-237.
22. Jianghong Liu. Early Health Risk Factors for Violence: Conceptualization, Review of the Evidence, and Implications/ Aggressive Violent Behavior.- 2011.-Vol.16(1).-P.63–73
23. Males on the Life-course-persistent and Adolescent-limited Antisocial Pathways: Follow-up at Age 26 Years. Moffitt TE et al./Development and Psychopathology. -2002.-Vol.14- P.179–207.
24. Pediatric psychopharmacology : principles and practice / edited by Andre's Martin et all, OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2003. - 791 p.
25. Rhee S.H, Waldman I.D. Genetic and Environmental Influences on Antisocial Behavior: A Meta-Analysis of Twin and Adoption Studies/Psychological Bulletin. - 2002.- Vol.490.-P.491–514
26. Roberts E.R. Prevalence of psychopathology among children and adolescents/ Roberts E.R. et all //American Journal of Psychiatry.-1998.- Vol.155.- pp.715-725.
27. Stubbe D. Child and adolescent psychiatry: A practical guide/ Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins,2007. – 283 p.
28. The childhoods of multiple problem adolescents: A 15 year longitudinal study. Fergusson DM et al./ Journal of Child Psychology and Psychiatry.- 1994-Vol.35.-P.1123–1140.
29. The Genetic and Environmental Covariation Among Psychopathic Personality Traits, and Reactive and Proactive Aggression in Childhood. /Bezdjian S et al.// Children Development-2011 July.-Vol 82(4).- pp. 1267–1281.

Учебное издание

Евсегнеева Екатерина Романовна

Е.Р. Евсегнеева

Расстройства поведения у детей и подростков

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск **Е.Р. Евсегнеева**

Подписано в печать 02. 10. 2014. Формат 60х84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,87. Уч.- изд. л. 1,43. Тираж 100 экз. Заказ 205.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.