

# ЧАСТЬ I ОЦЕНКА, КЛАССИФИКАЦИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

## Глава 1 ОЦЕНКА

Проведение тщательной оценки в детской психиатрии может слишком легко превратиться в длинный и нудный список вопросов, которые нужно охватить, и наблюдений, которые необходимо провести, и эта процедура станет неприятным событием для всех участников. Гораздо лучше начинать, имея ясное представление о целях, и двигаться к ним гибко. Средства и цели различаются: первая часть этой главы касается целей, а вторая рассматривает средства и дает некоторые практические рекомендации о том, в каком порядке спрашивать о разных вещах.

### Пять ключевых вопросов

Во время оценки вам надо вовлечь семью и заложить основу лечения, сосредоточившись на пяти ключевых вопросах, данных в следующем списке и запоминаемых в виде сокращения СВРСО. Можно многое сказать о том, как проводить всестороннюю оценку при первом посещении, если только это не приведет к настолько насыщенному интервью, что семья больше уже не придет. До тех пор, пока вы можете вовлекать семью, не страшно, если после первого посещения оценка не завершена, *при условии*, что вы осознаете имеющиеся пробелы и восполните их во время следующих встреч. На самом деле все оценки следует считать предварительными, необходимыми для построения рабочих гипотез, подлежащих пересмотру и уточнению в течение всего времени, пока вы контактируете с этой семьей. Если ошибочно приступить к лечению без соответствующей оценки, то ошибочно также забывать о том, что ваша оценка в процессе лечения может нуждаться в пересмотре. Если лечение не действует, примите во внимание необходимость переоценки.

- Симптомы                                      Какого рода эта проблема?
- Влияние                                        Сколько страданий и нарушений она вызывает?
- Риск    Какие факторы породили проблему и поддерживают ее?
- Сильные стороны                            Какие активы имеются для работы?
- Объяснительная модель                Какие мнения и ожидания приносит с собой семья?

Детские психиатры и их коллеги могут привлекаться к оценкам различного рода, но эти пять ключевых вопросов будут важны практически во всех случаях, несмотря на различия в значении и подходе. Далее большая часть этой главы посвящена подходу, при котором предъявляемые жалобы по возможности пытаются объяснить наличием у ребенка одного или нескольких расстройств и прийти к наиболее полному заключению, в т.ч. этиологию, прогноз и лечение. Однако в некоторых случаях более показано сосредоточиться на трудностях родительского воспитания или сложностях семейной системы в целом, чем на проблемах, предъявляемых ребенком.

### Симптомы

Большинство синдромов в детской психиатрии состоит из комбинаций симптомов (и признаков) в четырех основных сферах: эмоции, поведение, развитие и взаимоотношения. Как у любого практического правила, бывают и исключения; наиболее заметные – шизофрения и нервная анорексия. Четыре области симптомов, это:

- (1) Эмоциональные симптомы
- (2) Проблемы с поведением
- (3) Задержки развития
- (4) Трудности взаимоотношений

*Эмоциональные симптомы*, интересующие детского психиатра, хорошо знакомы большинству тех, кто изучает психическое здоровье. Здесь, как и у взрослых, подобает спросить о тревогах и страхах (а также о любом избегании вследствие этого). Спросите также о страдании и, если это относится к делу, о сопутствующих признаках депрессии, включая чувства неполноценности и безнадежности, самоповреждение, агедонию, плохой аппетит, нарушение сна и утомляемость. Классические симптомы обсессивно-компульсивного расстройства могут иметься у младших детей, даже у дошкольников. Есть одно отличие от взрослой психиатрии – надо гораздо более тщательно спрашивать о «соматических» эквивалентах эмоциональных симптомов, например боли в животе в понедельник утром могут быть гораздо более заметны, чем лежащая в их основе тревога по поводу школы или разлуки.

Сообщения родителей – главный источник информации об эмоциональных симптомах маленьких детей, у детей постарше и подростков все большее значение приобретают их собственные сообщения. Весьма удивительно, что сообщения родителей и детей об эмоциональных симптомах часто не согласуются. Встречаясь с противоречивыми сообщениями, часто трудно решить, кому верить. Возможно, что родители убедительно и детально описали ряд случаев, когда страх собак у ребенка приводил к панике или прекращению прогулки, тогда как собственное заявление ребенка о том, что он никогда ничего не боится, кажется смесью бравады и желания как можно быстрее закончить интервью. В альтернативном случае собственный отчет девочки-подростка может ясно показать, что она испытывает выраженную тревогу, которая мешает ей сосредоточиваться и засыпать, хотя ее родители ничего об этом не знают, потому что она не доверяет им и много времени проводит в своей комнате. В других случаях труднее узнать, кому верить, и, возможно, более разумно признать, что существует не одна правда, а множество точек зрения.

*Проблемы с поведением*, составляющие существенную часть практики детских психиатров, – гораздо менее знакомая область для большинства тех, кто изучает психическое здоровье, так как взрослые с похожими симптомами чаще появляются в судах, а не в клиниках. Опрос нужно сосредоточить на трех главных сферах поведения: вызывающее поведение, часто сопровождаемое раздражительностью и вспышками гнева; агрессия и деструктивность, а также антисоциальное поведение, такое как воровство, поджоги и злоупотребление веществами. Основными источниками информации о проблемах с поведением обычно бывают сообщения родителей и учителей, однако дети и подростки иногда скажут вам о проступках, не известных их родителям и учителям. Спрашивать детей об их вызывающем поведении не имеет большого смысла, так как детям (как и взрослым) трудно признать, что они бывают неразумны, разрушительны и раздражительны, даже если они с легкостью узнают эти качества у других.

Оценка *задержки развития* может быть особенно трудна для тех, кто впервые пришел в эту сферу и не имеет подготовки в области здоровья детей или своих собственных детей. Развитие осложняет оценку, которая у взрослых была бы достаточно простой. Рассмотрим для примера физическое развитие. Рост взрослого один метр очень мал, в то же время рост ребенка один метр может быть малым, средним или большим; это определено зависит от возраста ребенка, и если у вас под рукой нет диаграмм роста, вам будет очень трудно выявить необычайно высоких или низких для своего возраста детей. В сфере психологии подобные проблемы еще более выражены. Что вы будете делать, если внимание в разных возрастах удерживается на протяжении пяти минут? Не пропускаете ли вы детей с недостаточно или чрезмерно развитой речью для своего возраста? Как долго должен пятилетний ребенок сидеть спокойно, не ерзая? При отсутствии хороших опубликованных норм вам чаще всего придется полагаться на опытных коллег, до тех пор, пока вы сами не «набьете глаз». Помните также, что опытные родители и учителя редко бывают озабочены без достаточных оснований.

Сферы развития, особенно важные для детской психиатрии, – это регуляция внимания и активности, речь и язык, игра, моторные навыки, контроль над мочевым пузырем и кишечником, а также достижения в учебе, особенно в чтении, письме и математике. При определении текущего уровня функционирования вы можете пользоваться и данными непосредственных наблюдений за ребенком, и сообщениями родителей и учителей. Спрашивая родителей об основных этапах развития, вы можете узнать о его ходе в прошлом.

Оценить *трудности детей в социальных отношениях* – также тяжелая задача, отчасти потому, что взаимоотношения у детей меняются по мере развития. Кроме того, если ребенок не ладит с другими людьми, то не всегда ясно, что это отражает проблемы ребенка, а не других людей. Например, если ребенок с церебральным параличом не может заводить друзей и удерживать их, в какой степени это может отражать недостаток у него социальных навыков, а в какой – предрасположения других детей?

Наиболее впечатляющие нарушения социальных отношений можно видеть при аутистических расстройствах, обычно они принимают одну из трех форм: отчужденное безразличие, отношение к другим людям не как к людям; пассивное принятие взаимодействий, когда другие берут инициативу и говорят что делать; а также неуклюжий и несочувственный социальный интерес, обычно отталкивающий других своей неловкостью. Раструженность и недостаток сдержанности с посторонними выражены при некоторых аутистических и гиперкинетических расстройствах, а также при расстройствах привязанности, они могут также наблюдаться при мании и тяжелой двусторонней травме головы. Раструженность может сопровождаться надоедливой и докучливой манерой. В небольших количествах некоторые из этих проявлений могут даже показаться очаровательными – после нескольких минут знакомства вы можете полагать, что ребенок восхитительно искренний, открытый или эксцентричный. Однако это очарование, как правило, надоедает при более длительном знакомстве, а история болезни обычно проясняет, что такая манера быстро становится утомительной для детей и взрослых, которые регулярно общаются с ребенком.

У некоторых детей имеются трудности в отношениях почти со всеми социальными партнерами: и с детьми, и со взрослыми, и с незнакомыми, и с друзьями. У других детей проблемы ограничены специфическим типом социальных отношений, например привязанностью или дружескими отношениями. Проблемы могут даже ограничиваться одним важным социальным партнером. Так, большинство детей особенно привязаны к относительно небольшому числу главных для них людей, и качество привязанности ребенка (надежная, сопротивляющаяся, отчужденная или дезорганизованная) может различаться в зависимости от того, с кем из этих ключевых людей ребенок устанавливает отношения. Например, привязанность к основному воспитателю может быть ненадежной, а к остальным – надежной (см. главу 28). Похожая специфика может наблюдаться и во взаимоотношениях братьев и сестер.

Вы можете получить информацию о социальных взаимоотношениях ребенка из нескольких источников. Очень полезным может оказаться наблюдение взаимодействий между членами семьи в приемной или кабинете врача. Смотрите, как ребенок обращается к вам, когда обследуют его физическое и психическое состояние. Если ваша оценка в существенной степени следует стандартизированной схеме для всех детей, то еще более впечатляет то, что один ребенок застенчив и все время говорит односложно, а другой ребенок того же возраста приветствует вас как лучшего друга и хочет залезть к вам на колени. Замечайте также то, что в других обстоятельствах можно было бы назвать «обратным переносом», например, не раздражал ли вас ребенок? Не чувствовали ли вы себя истощенным после интервью? Это часто бывает ценным ключом к тем чувствам, которые ребенок вызывает у многих других людей. Непосредственное наблюдение дополняется историей болезни. Родители обычно могут много рассказать вам об отношениях их ребенка с другими людьми начиная с раннего возраста. Стоит получить сведения об отношениях ребенка со сверстниками от учителя, но помните, что учителя не всегда в курсе проблем со сверстниками, даже если они довольно существенные, – возможно потому, что обычно они не следят за игровой площадкой.

## У большинства пациентов симптомы имеются более чем в одной области

Лишь у малой части пациентов симптомы ограничены только одной областью, однако такие дети существуют. Так, у детей с *генерализованным тревожным расстройством* могут быть чисто эмоциональные симптомы, у детей с *социализированным расстройством поведения* – чисто поведенческие проблемы, а у детей с *расторженным расстройством привязанности* – трудности только во взаимоотношениях. И хотя у многих детей бывают чистые задержки развития, такие как первичный энурез, рецептивное расстройство речи или специфическое расстройство чтения, детский психиатр обычно видит у них и другие симптомы. А у некоторых гиперактивных детей, которых принимает детский психиатр, определенно имеются достаточно чистые задержки развития регуляции внимания и активности.

У большинства пациентов детских психиатров симптомы имеются в двух и более областях. Например, у детей с расстройством поведения обычно бывают также эмоциональные симптомы, проблемы со сверстниками и задержки развития, такие как специфическое расстройство чтения или гиперактивность (см. вставку 1.1).

**Вставка 1.1:** Синдромы могут включать одну область симптомов или несколько.

### (1) Социализированное расстройство поведения



### (2) Расстройство поведения с эмоциональными симптомами, проблемами со сверстниками и нарушениями чтения



Другой пример симптомов в разнообразных областях дает аутизм. Ключевые симптомы аутизма охватывают две области, это характерные формы проблем во взаимоотношениях и задержки развития (а также отклонения развития и ригидность). Помимо этого, у аутичных детей обычно наблюдаются некоторые проблемы с поведением, такие как выраженные вспышки гнева, и некоторые эмоциональные проблемы, например необычные фобии.

## Влияние

Почти у всех детей бывают страхи, беспокойства, периоды грусти и время, когда они ведут себя плохо, вертятся и не могут сосредоточиться. Когда такого рода симптомы свидетельствуют о расстройстве, а не о варианте нормы? Как правило, вам следует диагностировать расстройство только в том случае, если симптомы имеют существенное влияние. Критерии психических расстройств в DSM-III не включали влияния; результат демонстрирует исследование большой репрезентативной выборки в Пуэрто-Рико, где у половины детей обнаружили психическое расстройство. Это абсурдно высокая частота, так как большинство этих детей по клиническим основаниям не может быть отнесено к «пациентам». С тех пор это исправлено: и DSM-IV, и исследовательские диагностические критерии МКБ-10 обычно включают влияние как критерий. Влияние оценивают так:

- (1) Социальные нарушения
  - (а) семейная жизнь
  - (б) учеба в школе
  - (в) дружеские отношения
  - (г) занятия в свободное время
- (2) Страдание ребенка
- (3) Вред для других.

Главный показатель влияния должен определять, приводят ли симптомы к значительным *социальным нарушениям*, существенно подрывая возможности ребенка выполнять то, что от него в норме ожидается в каждодневной жизни. Главные сферы жизни, которые следует рассматривать, - это семейная жизнь, занятия в школе, дружеские отношения и занятия в свободное время, хотя иногда оплачиваемая работа и физическое здоровье также имеют значение. Важны также два дополнительных показателя влияния: страдание ребенка и вред для других. Тревожные или депрессивные дети, как и такие же взрослые, иногда могут выполнять то, что от них в норме ожидается, испытывая при этом значительные внутренние муки. Равным образом, проблемы с поведением могут иногда причинить значительный вред другим, не приводя к заметным социальным нарушениям или страданию ребенка. Например, родители и сиблинги детей с серьезными физическими или умственными проблемами иногда стойко переносят выраженное открытое неповиновение, вспышки гнева и деструктивность, страдают сами, но делают все возможное, чтобы ребенок не «расплачивался за это». В этих случаях клинически разумно диагностировать наличие расстройства, даже если у ребенка на самом деле нет социальных нарушений из-за симптомов. Не будет ли это прямым путем к тому, чтобы отнести всех девиантов к психически больным? Мы надеемся, что нет.

## Факторы риска

Почему у ребенка, которого вы оцениваете, имеется именно такая констелляция психиатрических проблем? Несмотря на то, что мир полон людей, которые думают, что они действительно знают *настоящую* причину конкретных психических расстройств у детей (это пищевая аллергия, отсутствие дисциплины, плохие гены, педагогическая запущенность, повреждение гипоталамуса, неразрешившиеся конфликты младенчества и т.д.), с научной точки зрения установле-

ние единственной причины детского психического расстройства редко бывает оправдано. Этому есть исключения. Так, можно обоснованно полагать, что навязчивое кусание себя у детей с синдромом Леша-Найхана (в результате которого больные могут откусить собственные пальцы и сильно поранить свои губы и язык) вызвано специфическим генетическим дефектом, приводящим к полному отсутствию одного из ферментов, участвующих в метаболизме пурина. Похоже, что наличие этой врожденной ошибки метаболизма гарантирует столь характерное поведение, независимо от других генетических и средовых факторов.

При сравнении с этим, большую часть «причин» в детской психиатрии лучше всего рассматривать в качестве факторов риска, которые увеличивают вероятность конкретного расстройства, не гарантируя, что оно возникнет. Так, хотя воздействие высокого уровня конфликта между родителями и является фактором риска для проблем с поведением, у многих детей, подвергшихся воздействию родительского конфликта, проблемы с поведением не развиваются. Возможно, нам надо объяснять детские психические расстройства на основе конкретных сочетаний или последовательностей факторов риска. Одна из таких схем вводит три вида факторов риска: предрасполагающих, кристаллизирующих и поддерживающих факторов. Окно разбито потому, что стекло было особенно тонким и хрупким (предрасполагающие факторы), в него бросили кусочком щебня (кристаллизирующий фактор) и никто после того не заменил разбитое стекло (поддерживающий фактор). Ребенок всегда довольно сильно цеплялся за родителей, у него никогда не было много друзей (предрасполагающие факторы); он отказывается возвращаться в школу после того, как поссорился с другом и пропустил несколько дней из-за простуды (кристаллизирующие факторы). Его родители сильно озабочены его страданиями и думают, что заставлять его вернуться в школу будет пагубно, но с каждым пропущенным днем ему все труднее вернуться, так как он все больше отстает в учебе, и его прежние товарищи по играм находят себе новых друзей (поддерживающие факторы). Наличие расстройства может объясняться на следующей основе:

- Предрасполагающие факторы
- Кристаллизирующие факторы
- Поддерживающие факторы

и за неимением:

- Защитных факторов.

Даже если вы действительно приучите себя думать, основываясь на множестве взаимодействующих причин, вам еще нужно будет помнить, насколько несовершенным является наше нынешнее знание. Современное понимание этиологии через сотню лет (или гораздо раньше), возможно, покажется до смешного упрощенным или неверным. Часто бывает полезно признаться в этом родителям: догматическое заявление, что вы знаете всю истину о причинности может быть принято гораздо хуже, чем гораздо более оправданное утверждение, что вы, вероятно, знаете достаточно для того, чтобы дать некоторые полезные советы по лечению.

Если вы проводите оценку с целью поиска известных факторов риска и спрашиваете о них, вам придется охватить много сфер. Традиционное внимание к семейным факторам в некоторой степени обоснованно, поскольку семья снабжает нас генами и создает важную часть окружающей среды. Так, семейная история при синдроме Туретта может быть важна в плане генетики, в то же время история родительских разногласий может быть важна в плане окружающей среды, а история психических заболеваний родителей может быть важна и в плане генетических, и в плане средовых последствий. Большинство детей проживает в трех различных социальных мирах: семье, школе и культуре сверстников. Не ограничивайте ваш интерес к средовым факторам социальным миром семьи – школьные факторы, такие как козел отпущения у учителя, и факторы сверстников, такие как издевательство, могут быть, по меньшей мере, столь же важны.

Спросите также о негативных событиях жизни и хронических социальных проблемах. Физическое и психологическое обследования также могут вскрыть не выявленные ранее факторы риска психиатрических проблем. Например, на основании достаточно полной истории болезни и соответствующего физического обследования можно предположить, что у ребенка имеется расстройство с деменцией, легкий церебральный паралич, сложные припадки или алкогольная фетопатия – и это служит основанием для направления к специалисту для более определенного заключения. Психометрическая оценка может выявить низкий IQ и специфические проблемы с обучением, которые, к сожалению, могли пройти незамеченными в школе.

### **Сильные стороны**

Если бы вы спрашивали только о симптомах, влиянии и факторах риска, ваше внимание было бы сосредоточено исключительно на негативном, подробно задерживаясь на том, что не в порядке у этого ребенка и в этой семье. Очень важно также установить, что у этого ребенка и в этой семье в порядке. Выявление факторов защиты может прояснить, почему у этого ребенка легкое, а не тяжелое расстройство. Можно также выявить факторы защиты, действующие не у ребенка, направленного к врачу, а у его сиблингов, и это поможет объяснить, почему в этой семье расстройство развилось только у одного ребенка. Значимые факторы защиты включают чувство собственного достоинства, обусловленное какими-то успехами, близкие поддерживающие отношения со взрослым и легкий темперамент.

Ваш план лечения должен быть выстроен на сильных сторонах ребенка и семьи (а также на сильных сторонах школы ребенка и более широкой социальной сети). И хотя *цель* лечения определяется тем, что не в порядке, *выбор* лечения часто зависит от того, что в порядке. Вам следует разрабатывать план лечения так, чтобы использовать сильные стороны ребенка, такие как способность заводить друзей или реагировать на похвалу, и сильные стороны родителя, такие как открытость, для попыток применить в семье новые подходы.

Если вы будете останавливаться исключительно на негативном в жизни ребенка, он сам и его семья могут уйти с обследования, чувствуя себя эмоционально изничтоженными – и соответственно меньше желая вернуться. Мы живем в обществе, которое обычно за проблемы детей винит родителей. Если ребенок закатывает истерику в магазине, большинство прохожих будет смотреть на сопровождающего его родителя не сочувственно, а укоризненно. Родители подвергаются обвинениям и часто сами в душе не уверены, виноваты они или нет. С одной стороны, они обычно разделяют общественное мнение, что причина детских проблем – в родителях, и большинство родителей могут установить, что их методы воспитания были во многом далеки от совершенства. С другой стороны, большинство родителей, которых вы принимаете в клинике, чувствуют также, что они ничем не хуже и не лучше других родителей, у которых дети, кажется, в полном порядке. Многие родители боятся, что вы будете судить их и «признаете виновными», и могут в ожидании этого обижаться и обороняться. Одна из главных ваших задач – показать, что вы считаете их не дефектными в корне людьми, а личностями, у которых, как и у остальных, есть свои сильные и слабые стороны. Интервью предоставляет множество возможностей отметить положительные вещи, которые делают они и их ребенок, избегая покровительственного тона. Если родители начнут чувствовать, что вы не против них, они значительно вероятнее примут план лечения, который вы рекомендуете, в том числе и предложения об изменениях с их стороны. Если вы объединитесь с ребенком против родителей – а это обычное искушение для начинающих – вы, скорее всего, достигнете только того, что удвоите нападки родителей на ребенка и воспрепятствуете повторному посещению клиники семьей.

Когда вы встречаете родителей, слабости которых особенно бросаются в глаза, жизненно важно, чтобы вы приложили еще больше усилий, чтобы выявить их сильные стороны. Это не означает, что вы должны закрывать глаза на их затруднения с воспитанием: эти затруднения могут потребовать целенаправленного лечения и даже стать основанием для возбуждения дела об опеке, - но вам необходимо помнить (и ради вашего собственного блага и ради их блага), что у

таких родителей, невзирая на собственную душераздирающую историю, есть свои сильные стороны. Родители, как правило, вкладывают огромное количество сил в воспитание. И хотя успешные родители могут вкладывать больше сил, обычно они также гораздо больше получают от своих детей, поэтому неудачливые родители, может быть, вкладывают больше сил на единицу награды, чем успешные!

Иногда полезно определить предьявляемую проблему как оборотную сторону медали – ценного достоинства. Например, упрямый ребенок, наблюдающийся в клинике по поводу вызывающего и деструктивного поведения дома и в школе, может также проявлять впечатляющую решимость преуспеть вопреки неприятностям. Подобным образом, чувствительный ребенок, терзаемый всевозможными тревогами, может проявлять восхитительное сочувствие и понимание других. Установление любой черты как одновременно и хорошей, и плохой, а не исключительно плохой, может в каждом случае сделать ее более удобной для жизни. Помимо этого, иначе определяется задача терапии: она не в том, чтобы уничтожить черту (что, скорее всего, совершенно невозможно), но в том, чтобы уменьшить ее неприятные последствия.

### **Объяснительная модель семьи**

Мы истолковываем эмоциональные и поведенческие трудности детей в зависимости от нашего культурного и профессионального багажа. В этой книге используется набор *объяснительных моделей*, выведенных из эмпирически ориентированной детской психиатрии. Другие специалисты, например социальные работники, педагогические психологи или психотерапевты, могут применять другой набор объяснительных моделей, приводящих к радикально отличным формулировкам, даже если они наблюдают того же самого ребенка и семью. Легко забыть, что у коллег из других областей - другие объяснительные модели, и это упущение может сильно затруднить общение. То же самое можно сказать по поводу общения между специалистами и семьями, поскольку специалисты, полагая, что все правильно мыслящие члены общества придерживаются таких же, как и они, взглядов, хотя и менее проработанных, часто не осознают, что у семей могут быть свои собственные специфические объяснительные модели.

Еще мало что известно о спектре объяснительных моделей, определяющих, как семьи различного социального и культурного происхождения думают об эмоциональных и поведенческих трудностях детей. Тем не менее, ясно, что у членов общества часто имеются сложные объяснительные модели, касающиеся этиологии, феноменологии, патофизиологии, хода развития и лечения, и существенно отличающиеся от тех, которых придерживаются врачи и другие специалисты. Другими словами, семьи приходят в клинику с ожиданиями, которые могут радикально отличаться от ваших собственных. Вам не следует пытаться угадать взгляды семьи, основываясь на стереотипном мнении об их социальном классе и культуре; единственный разумный способ выяснить, что они думают, – это задать им открытые вопросы и внимательно выслушать их ответы.

После того, как вы спросили семью о предьявляемой жалобе, легко перейти к вопросам о том, как они представляют себе эту проблему, из-за чего, по их мнению, она возникла, и как они думают, ее можно изучать и лечить. Некоторые семьи будут казаться озадаченными и скажут, что они не знают, и что это вам надо сказать им. Но многие скажут вам такие вещи, о которых нелегко было бы догадаться. Например, вы можете узнать, что родители ребенка с плохой сосредоточенностью боятся, что у него опухоль мозга, или думают, что ему необходимо сканирование мозга, или верят, что вы сможете снять симптомы гипнозом. Если бы вы их не спросили, они могли бы вам никогда этого не сказать, уйти разочарованными и никогда не вернуться назад. Стоит также спросить родителей, высказывали ли другие важные люди, включая бабушек и дедушек, друзей, соседей и учителей, твердые убеждения о причинах, обследовании или лечении. Например, мать ребенка может сказать вам, что ее свекровь очень настаивает на том, что проблемы у ребенка появились из-за того, что мать всегда работала и недостаточно времени проводила со своим ребенком.



Знакомство с объяснительными моделями дает вам возможность изложить в конце исследования свои взгляды наиболее подходящим для людей способом. Вы можете объяснить им, что симптомы совершенно не похожи на те, что бывают при опухоли мозга, что сканирование не изменит лечения и что, хотя вы специально и не обучались гипнозу, даже профессиональный гипнотизер вряд ли сильно поможет в этом случае. Вы также можете упомянуть, что качество дошкольного учреждения, которое они выбрали для ребенка, не дает оснований для озабоченности, и что нет никакой научной основы для обвинений работающих матерей в гиперактивности при хорошем качестве ухода за ребенком. Вы можете также сказать, что были бы рады дополнительно обсудить это с бабушкой ребенка, если семья захочет. Некоторые семьи держатся за свои объяснительные модели с огромным упорством, но большинство охотно изменяют их, если вы не пожалеете времени и представите факты. Будет очень жаль, если в конце тщательного исследования, на которое семья, возможно, возлагала большие надежды, из-за недостаточного изучения объяснительных моделей семьи и вы, и они останетесь каждый при своем мнении и недовольными друг другом.

## **НЕСКОЛЬКО СОВЕТОВ КАК ЭТО ДЕЛАТЬ**

Какими средствами вы будете пользоваться, чтобы ответить на пять ключевых вопросов и вовлечь семью? Нет таких твердых и быстрых правил, которые бы подошли всем клиникам, всем клиницистам, всем семьям и ко всем предъявляемым жалобам. Здесь особенно может помочь руководство хорошего клинициста. Может быть очень поучительно попристутствовать на ряде оценок, которые проводят старшие коллеги. Остальная часть этой главы занята разными предложениями «как это делать», которые в большей степени ориентиры, чем жесткие рецепты.

### **Как это: собирать историю болезни у родителей?**

Будучи подготовленным клиническим интервьюером, вы не должны быть всего лишь говорящим опросником. Если вам нужны только ответы родителей на фиксированный набор заранее подготовленных вопросов, им гораздо легче и быстрее будет заполнить опросник, разве что если они плохо читают. Один из способов интервьюирования, известный как «полностью структурированное» интервью или интервью «на основе респондента», не достигает чего-либо большего, чем устно предъявляемый опросник. Формулировка вопросов подготовлена заранее, способ расспрашивания – «закрытый», требующий ограниченного набора возможных ответов: часто это ответы «да – нет» или же оценка частоты, длительности или тяжести. Опросники и полностью структурированные интервью широко используют в качестве исследовательских и клинических инструментов, т.к. их предъявление отличается быстротой, легкостью, дешевизной и стандартизированной манерой. Их основное ограничение в том, что ответы родителей иногда больше говорят об их мнениях (или о непонимании используемых терминов), чем о ребенке.

Другой способ интервьюирования, известный как «полуструктурированное» интервью или интервью «на основе интервьюера», может помочь вам перейти от родительских *взглядов* к *наблюдениям*, на которых они свои взгляды основывают. Ожидается, что интервьюер будет задавать любые вопросы, необходимые для того, чтобы извлечь информацию у родителей, нужную *интервьюеру* для того, чтобы решить, имеется или нет конкретный симптом (или нарушение или фактор риска). Чтобы сделать это, интервьюеру часто понадобится использовать «открытые» вопросы, которые дают родителям возможность задействовать широкий круг возможных ответов. Как правило, очень полезно получить детальные описания недавних случаев поведения, о котором идет речь.

Это может прояснить такой пример. Один из вопросов в опроснике или полностью структурированном интервью может быть: «Есть ли у вашего ребенка проблемы со сосредоточением?» Если родитель ответил «Да», вы по-прежнему не будете знать, действительно ли у ребенка

объективно плохое сосредоточение или же родители устанавливают нереалистично высокие стандарты (или не поняли вопрос). При полуструктурированном подходе применяют смесь открытых и закрытых проб, чтобы побудить родителя описать, пользуясь недавними примерами, как долго ребенок может поддерживать конкретную деятельность без переключения с одного дела на другое: играть одному, играть с друзьями, смотреть телевизор, рассматривать книгу и т.п. Затем на основе этих фактов вы сами можете решить, соответствует ли сосредоточение ребенка дома возрастной норме или нет.

Подобные методы можно применять при исследовании раздражительности, боязливости и любой другой заявленной области проблем. Иногда существенно исследовать также, почему родители не озабочены. Например, если учителя сообщают о больших проблемах со сосредоточением, а родители – нет, важно исследовать, действительно ли ребенок достаточно хорошо сосредотачивается вне школы или же у родителей необыкновенно низкие ожидания.

Полуструктурированное интервьюирование – ценная техника, но вам надо быть осторожными, чтобы не переусердствовать в этом, иначе интервью может идти часами! Один из выходов – использовать опросники или полностью структурированное интервью для общего обзора, а затем применить полуструктурированное интервью, чтобы узнать больше деталей о наиболее важных аспектах этого случая. Если вы найдете время получить от родителей описание типичного дня ребенка, возможно вчерашнего, это может стать ярким прожектором, проливающим свет не только на симптомы и вызванные ими нарушения, но и на семейную жизнь, тактику воспитания и выражение чувств.

Вот одна из возможных схем сбора истории болезни у родителей.

### (1) *Предъявляемая жалоба*

Когда это началось? Когда последний раз все было в порядке или он этого не делал? Как это проявляется? Как часто? Когда? Всегда старайтесь получить конкретный пример и не принимайте общих утверждений. Что происходит непосредственно перед тем, как это случается? А после? Как вы реагируете? Что в результате? Как это влияет на остальных членов семьи? Почему вы пришли в связи с этим сейчас?

- Обзор других симптомов: эмоций, поведения, внимания и активности, соматических – сна, питания, опорожнения мочевого пузыря и кишечника, болей, тиков.

### (2) *Текущее функционирование*

- Типичные занятия в течение дня: одевание, еда, игры и досуг, укладывание в кровать, сон. Сильно ли это отличается в выходные? Насколько сильно родители заняты ребенком?
- Социальные отношения:  
Друзья: Есть ли? Что именно они делают вместе? Ходят ли они друг к другу домой? Как часто? Застенчив/а? Может соблюдать очередность? Лидер или ведомый? Сексуальность?  
Взрослые: Как ребенок ладит с каждым из родителей? С другими людьми, которые за ним смотрят? Что они думают о ребенке? Бывают ли хорошие времена? Когда?  
Сиблинги: С кем он/а проводит время? Кого любит? Не любит? Ревнует?

### (3) *Семейная история*

- Построение: Нарисуйте родословную («генеограмму»). Узнайте немного подробностей о каждом родственнике, включая медицинские и психиатрические проблемы. У ближайших членов семьи отметьте возраст, род занятий, что они собой представляют.
- Взаимоотношения: Как родители ладят друг с другом? Поддерживают ли они друг друга? Каковы их ожидания по отношению к ребенку? Каково было их собственное детство? Соглашаются ли они по поводу правил и методов дисциплины? Споры? Как ладят между со-

бой дети? Кто с кем близок? У кого чаще всего возникают проблемы? У кого реже всего? Насколько по-разному с ними обращаются?

- **Обстоятельства:** Жилье. Долги. Изменились ли недавно обстоятельства? Были ли контакты с социальными службами?

#### (4) *Личная история*

- **Рождение и младенчество:** Запланированный и желанный? Каким он/а был/а в младенчестве? Основные вехи развития – были раньше или позже, чем у сиблингов или у младенцев друзей?
- **Школы:** Имена и даты. Трудности в классе, на игровой площадке или в малой группе? Академическое функционирование: положение в классе, учится ли ниже своих возможностей, получает и должен ли получать специальную помощь? Социальное функционирование: дружба, характер игры.
- **Физическое здоровье:** Припадки и обмороки, заболевания, госпитализация, обращения к психиатру.

#### **Как это: принимать ребенка одного?**

Не набрасывайтесь на трудные темы – очевидно, что лучше всего вовлечь ребенка, начав прежде всего с приятных и нейтральных тем или занятий. Равным образом, не старайтесь сделать интервью настолько забавным, чтобы совсем не коснуться трудных тем (хотя вы можете захотеть отложить некоторые трудные темы до второго интервью).

- **Дети старше пяти:** Вам следует обоим сесть. Часто бывает полезно попросить ребенка нарисовать что-нибудь. Беседуйте и пользуйтесь прямыми вопросами.
- **Дети до пяти:** Наблюдайте игру, играйте сами, беседуйте и меньше пользуйтесь прямым расспрашиванием.

#### **Что охватывать?**

(1) Это хорошая возможность наблюдать:

- (1) **Активность и внимание.** Ребенок вертлявый и беспокойный? Он (или она) все время слезает со стула и бродит вокруг? Его (или ее) трудно побудить упорно продолжать задание? Он (или она) легко отвлекается посторонними стимулами?
- (2) **Качество социальных взаимодействий.** Он (или она) вначале проявляет слишком много или слишком мало беспокойства по поводу того, чтобы пойти с вами? Ребенок интересуется общением? С ним (или ней) хороший зрительный контакт? Он (или она) говорит *с вами* или отпускает *насчет вас* замечания? Он (или она) неуместно дружелюбен, фамильярен или нахален? Какие чувства вызывает у вас общение?
- (3) **Уровень развития.** Примите во внимание сложность речи, мыслей, рисунка и игры.

(1) Спросите, что любит ребенок, и обсудите это, что бы то ни было: смотреть или заниматься спортом, беседовать с друзьями, играть в видеоигры, готовить еду или что-нибудь еще. Это поможет вовлечь ребенка и покажет ему (ей), что вы тоже человек!

(2) Вы можете спросить об эмоциональных симптомах. Нередко бывает, что старшие дети испытывают значительную тревогу или страдание, а их родители об этом не знают. Дети ред-

ко сами делятся информацией о своих навязчивостях и компульсиях, пока их прямо об этом не спросят – они часто стыдятся признать такие «сумасшедшие» симптомы. Многие из этого относятся и к симптомам посттравматического стрессового расстройства.

- (3) Спросите о друзьях, о том, дразнят или издеваются; сведения, полученные от ребенка, могут значительно отличаться от сведений родителей и учителей.
- (4) Часто стоит задать общий вопрос о нераскрытых травмах или насилии: «Иногда с детьми случаются мерзкие и страшные вещи, и им трудно рассказать об этом кому-нибудь. Случалось ли когда-нибудь с тобой что-нибудь такое?» Иногда необходимо также спросить о насилии более откровенно.
- (5) Как ребенок оценивает свою биографию и текущую жизненную ситуацию? Какой отчет может ребенок дать о проблемах, которые привели к специалисту? В первом интервью вы сможете исследовать лишь несколько тем, но это даст вам возможность лучше почувствовать ребенка. Иногда полезно попросить ребенка описать типичный день в мельчайших деталях или дать подробный отчет о последнем случае «проблемного поведения». «Что бывает, когда ты ведешь себя плохо? Как реагирует мама, когда ты это делаешь?» Часто можно многое открыть, узнав точку зрения ребенка на такие потенциально важные события жизни, как смерть дяди или бабушки (даже если родители ранее сказали вам, что на ребенка это не повлияло).
- (6) Оценка может привести к непосредственной работе с ребенком. Это ваша первая возможность вовлечь ребенка. Интервью, по самой меньшей мере, должно смягчить опасения ребенка о том, что посещение специалиста обязательно должно быть неприятным. Многие дети приходят в клинику с самыми разными пугающими предположениями - иногда потому, что их родители использовали направление в клинику в качестве угрозы. Они, например, могут бояться, что их будут ругать, заберут в учреждение, отдадут под опеку или сделают им больно. Не забывайте объяснять, что будет происходить и смягчайте страхи, где возможно.

### **Как это: наблюдать семью в целом?**

Присматривают ли родители за ребенком и устанавливают ли ограничения, когда это необходимо? В какой степени родители проявляют чуткость и поддерживают ли они ребенка, если у него имеются признаки тревоги или страдания? Сколько тепла и критики выражают родители по отношению к ребенку? (NB: тепло и критика не зависят друг от друга, и не являются двумя сторонами одной медали).

Есть ли явные противоречия между родителями? Они противодействуют друг другу или поддерживают друг друга? Кто ведет разговор? Они замечают свои разногласия? Если так, то достигают ли они общего мнения?

Как относятся друг к другу сиблинги? В чем проявляются различия в обращении родителей с разными детьми? Имеются ли в семье определенные группировки, например, «мамин» ребенок, «папин» ребенок или отец и сын объединяются против матери?

Как ребенок ведет себя с родителями? Варианты включают: имея в них надежную основу, исследует окружающее, вмешивается в их разговор, игнорирует их просьбы или противоречит и наблюдает за ними на расстоянии.

Что делает ребенок с имеющимися в его распоряжении игрушками? Что вы можете отметить по поводу формы игры? Есть ли в ней воображаемое? Какой уровень развития она предполагает? Есть ли в содержании игры какие-либо примечательные темы (например, сексуальные элементы в кукольной игре)? Остерегайтесь слишком поспешных интерпретаций коротких игровых эпизодов.

## **Как это: получать информацию от учителей?**

Поведение детей в школе часто заметно отличается от их поведения дома. И хотя родители обычно могут сообщить вам, что учитель жаловался или выражал озабоченность по поводу их ребенка, лучше всего получить информацию в школе из первых рук – если это вообще возможно и если родители согласны, чтобы вы обратились в школу.

Установив, к кому следует обращаться, вы можете написать и попросить их высказать свое мнение и предоставить копию недавнего школьного рапорта. Часто бывает полезно, чтобы учитель заполнил краткий скрининговый опросник, такой как «Сильные стороны и трудности» ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)). Поскольку учителя имеют значительный опыт и знают, что можно ожидать от детей определенного возраста, их мнение, как правило, бывает верным. В то время как ответы родителей на опросники обычно нуждаются в уточнении в процессе полуструктурированного интервью, ответы учителей вполне уместно принять такими, как они есть. Хотя иногда полезно перезвонить учителю по телефону, чтобы глубже изучить один или два вопроса, заслуживающих особого внимания. Несмотря на то, что обычно учителя – превосходные наблюдатели, они могут пропустить или неправильно истолковать некоторые симптомы. На занятиях в классе деструктивное поведение обычно гораздо заметнее, чем эмоциональные симптомы. Вследствие этого, учителя могут пропустить тревогу или депрессию, если только они не приводят к разительному падению количества или качества работы ребенка. В отношении подавленных детей может даже показаться, что они стали лучше себя вести. Так, в одном исследовании уровень проблем, по данным учителей, полученным с помощью стандартизованных опросников, пошел вниз после катастрофы. Распознавание гиперактивности в классе может тоже составить проблему, если у ребенка имеются трудности при обучении или ему не нравится учебная работа. Если дети не могут выполнять работу или у них нет к ней никакого интереса, они часто могут казаться в классе невнимательными или отвлекающимися. Представьте, как будет вести себя любой ребенок, если его поместить в класс, где изучают язык, который он не понимает, – он тоже может показаться в высшей степени отвлекаемым или станет под любым предлогом бродить по комнате! Что вам действительно нужно знать, чтобы установить диагноз гиперактивности, это беспокоен ли и невнимателен ребенок, когда он занят заданиями, которые интересуют его и находятся в пределах его возможностей. Печально, что некоторые дети никогда не занимаются такими заданиями в школе. И, наконец, как было отмечено раньше, учителя иногда не знают о проблемах взаимоотношений со сверстниками, потому что дети, которые в классе кажутся умеренно популярными у одноклассников, на игровой площадке могут быть изолированы или подвергаться преследованиям, без того, чтобы учителя обязательно это заметили.

Если есть сведения, что у ребенка выраженные проблемы в школе, часто очень полезно пойти в школу и понаблюдать за ребенком в классе и на игровой площадке. Много можно узнать, увидев, например, насколько ребенок беспокоен, невнимателен и импульсивен в классе и на игровой площадке, даже если он (или она) достаточно хорошо контролировал себя с вами и другими взрослыми в клинике, или обнаружив, что ребенка постоянно ругает крайне требовательный учитель с недостаточными навыками управления классом.

## **Как это: провести физический осмотр?**

Систематическое наблюдение за физическими особенностями и способностями ребенка является существенной частью полной психиатрической оценки. В первую очередь смотрите на:

- (1) Признаки соматического расстройства, которое определено или вероятно поражает мозг. Распознать «дефект в оборудовании» - важно; определить тип расстройства – менее важно, при условии, что ребенок будет направлен к специалисту. Существенные данные включают

аномальные неврологические признаки, признаки дисморфизма и кожные стигмы нейрокутанного синдрома.

- (2) Признаки пренебрежения или насилия. Наблюдение, взвешивание и измерение ребенка, а также вычерчивание полученных значений на соответствующей диаграмме роста, могут свидетельствовать о травмах и нарушении роста.

Тем, кто изучал медицину, не стоит сбрасывать со счетов заработанные тяжелым трудом медицинские навыки; если ребенок присутствует при оценке, вам следует всегда оставить немного времени, чтобы осмотреть его, будучи «в медицинском колпаке». Даже если вы ни разу не прикаснетесь к ребенку руками (а также молоточком и стетоскопом), вы можете многое узнать, просто глядя на лицо ребенка, его руки, походку и игру. Поэтому в течение того времени, когда вы видите ребенка, – в приемной, в ходе семейного интервью или в ходе индивидуального интервью – найдите возможность отвлечься от мыслей о взаимоотношениях в семье или о психиатрических симптомах и намеренно сосредоточьтесь на соматическом состоянии ребенка. Имеется ли у него синдром дисморфизма? (Если вы не распознаете его вскоре после того, как увидите ребенка, вы настолько привыкните к тому, как он выглядит, что вероятно уже никогда не заметите). Имеется ли у него неврологический синдром? Он вглядывается в вещи и напрягается при звуках? Есть ли видимые кровоподтеки, ожоги, укусы и другие возможные признаки насилия?

### **Какие дети нуждаются в неврологическом обследовании?**

В идеале вам надо обследовать всех детей, хотя бы для того, чтобы практиковаться в методах и узнавать о пределах нормального разнообразия. Если этому препятствует нехватка времени, вам надо, по меньшей мере, обследовать детей, имеющих один или несколько следующих признаков:

- (1) История с припадками или регрессией
- (2) Задержки развития или генерализованная недостаточная обучаемость
- (3) Аномальная походка
- (4) Не использует обе руки одинаково хорошо, например когда играет
- (5) Признаки дисморфизма
- (6) Кожные признаки нейрокутанного расстройства
- (7) Другие подозрительные признаки, например дизартрия.

### **Основное неврологическое исследование**

Стремитесь включить в ваше неврологическое исследование следующие пункты, хотя некоторые из них невозможно будет провести с очень маленькими детьми:

- (1) Измерьте окружность головы и нанесите на диаграмму.
- (2) Посмотрите, как ребенок ходит, бежит, ходит «по прямой линии» и прыгает.
- (3) Посмотрите, как ребенок стоит, ноги вместе, руки вытянуты, глаза закрыты.
- (4) Проверьте движения глаз, лица и языка.
- (5) Подвигайте и встряхните все четыре конечности (как часть игры), чтобы оценить тонус.
- (6) Проверьте силу: пирамидная слабость наиболее заметна при проверке отведения руки, разгибания кисти, отведения пальцев, тыльного сгибания стопы и большого пальца ноги.
- (7) Проверьте рефлекс.
- (8) Проверьте координацию: палец к носу, палец к большому пальцу, быстрое постукивание или «игра на пианино», надеть колпачок на ручку или продеть нитку в бусинку.

Если вы найдете аномалию (асимметрии чаще легче обнаружить, чем двусторонние изменения), ребенку, вероятно, необходимо дальнейшее обследование педиатра или детского невропатолога. Подобным образом, если вы заподозрите проблемы со зрением или слухом, совершенно необходимо обеспечить направление ребенка в соответствующую клинику.

## Врожденные синдромы

Их сотни, и только у некоторых известны причины – хромосомные, генетические или средовые. Когда вам следует заподозрить подобное? Самые лучшие ключи – признаки дисморфизма, такие как странно выглядящие черты лица или пальцы, а также предельные значения роста, веса и окружности головы (менее 3-го или более 97-го процентиля). Тщательно ищите признаки дисморфизма всякий раз, когда имеется генерализованная недостаточная обучаемость. Вот три примера:

- (1) **Синдром ломкой X-хромосомы.** Вероятно, самая распространенная причина наследственной генерализованной недостаточной обучаемости. Когда-то считалось, что поражает примерно 1 из 1000 новорожденных, но по последним оценкам, основанным на анализе ДНК, можно полагать, что частота ближе к 1 на 5000. Поражает и мужской и женский пол, но степень интеллектуальных нарушений у лиц мужского пола обычно больше. Соматические характеристики сильно варьируют и могут включать длинное лицо, выдающиеся уши, широкую челюсть, переразгибание суставов и большие яички после полового созревания. Но в равной степени внешний вид может быть нормальным. Ломкая X-хромосома сопровождается избеганием взгляда/социальной тревожностью и гиперактивностью, связь с аутизмом остается спорной. Синдром вызван избыточными повторами тринуклеотидов на определенном участке длинного плеча X-хромосомы и может быть установлен при прямом анализе ДНК.
- (2) **Фетальный алкогольный синдром.** Поражает до 1 из 300 новорожденных. Может вызывать до 10% легкой генерализованной недостаточной обучаемости. Малый рост, вес и окружность головы с рождения и далее. Короткие глазные щели, гипоплазия губного желобка (philtrum). Сопровождается гиперактивностью.
- (3) **Синдром Сотоса** (церебральный гигантизм). Спорадический. Непомерно большой рост, окружность головы и костный возраст, особенно в младшем возрасте. Высокий выпуклый лоб, выдающаяся челюсть, гипертелоризм и скошенные книзу глаза. Неуклюжесть. У большинства имеется генерализованная недостаточная обучаемость - легкая или пограничная. Сопровождается гиперактивностью и аутистическими проблемами.

## Нейрокожные расстройства

Эти расстройства включают характерные сочетания аномалий мозга и кожи (отражающие их общее эктодермальное происхождение). Распознавание кожных проявлений позволит вам заподозрить «дефект в оборудовании». Три наиболее распространенных нейрокутаных расстройства:

- (1) **Туберозный склероз.** Это аутосомно-доминантное расстройство с варьирующей пенетрантностью и экспрессивностью. Часто это новая мутация. Поражения кожи включают: гипопигментированные пятна в формы листьев с рождения, лучше всего видны в УФ свете (свет Вудса); adenoma sebaceum – сыпь на лице в виде бабочки, редко заметна до двух лет, но к пяти годам имеется в половине случаев; грубое неправильной формы «шагреневое» пятно в поясничной области и шишки (околоногтевые фибромы) внутри и вокруг ногтей пальцев рук и ног. Часто встречаются тяжелая генерализованная недостаточная обучаемость, мла-

денческие судороги другие припадки. У пораженных детей обычно имеются аутистические признаки и гиперактивность, особенно если были младенческие судороги.

- (2) **Нейрофиброматоз-1** передается по аутосомно-доминантному типу с варьирующей экспрессией. Поражения кожи включают пятна цвета кофе с молоком, их число и размеры с возрастом увеличиваются (так что к зрелому возрасту с высокой вероятностью будет иметься более пяти пятен диаметром более 1,5 см); веснушки под мышками; а также кожные и подкожные узелки, появляющиеся по ходу кожных нервов в позднем детстве. Различные нейропсихиатрические проявления отмечаются, но не подтверждены.
- (3) **Синдром Стерджа-Вебера** обычно спорадический. С рождения имеется портвейновый невус, захватывающий лоб и в разной мере нижнюю часть лица. Обычно односторонний, но может быть двусторонний. Поражение ипсилатерального полушария приводит к припадкам, гемиплегии, генерализованной недостаточной обучаемости и разнообразным нейропсихиатрическим проявлениям.

### **ОБЪЕДИНЕНИЕ ВСЕГО ЭТОГО: ФОРМУЛИРОВКА**

После проведения полной оценки, у вас возникает возможность, советуясь, когда надо с другими членами команды, составить формулировку, которая выкристаллизует ваше мнение об этой ситуации, доведет обратную связь до семьи и того, кто направил ребенка, и будет направлять ваше последующее ведение. Формулировка включает следующие элементы:

- (1) **Социодемографическое резюме**, например: Таня – 7-летняя девочка, живет с матерью, отчимом и младшим сводным братом в однокомнатной квартире, которую они снимают в Н-ске.
- (2) **Клиническое предьявление**, например: Миша всегда был чрезмерно активен, невнимателен и импульсивен, а когда он пошел в школу, эти симптомы стали более выраженными и стали больше влиять на его жизнь.
- (3) **Диагноз**. Иногда это просто, например: Миша полностью соответствует диагностическим критериям синдрома дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) или и СДВГ и оппозиционно-вызывающего расстройства. В других случаях положение более сложное. Возможно, Мишины симптомы могли бы объясняться несколькими альтернативными диагнозами, и тогда вам придется рассматривать данные за и против каждого варианта, прежде чем вы придете к заключению о вероятном диагнозе (или диагнозах), или предложите дальнейшие оценки или исследования, которые прояснят картину. Или возможно у Миши имеются элементы нескольких различных расстройств, но он не соответствует полностью критериям ни одного из них – вам может быть придется признать, что он попадает в трещину современных диагностических систем. Или может быть, что Танино страдание из-за того, что в школе ее дразнят, дома перенаселенность и мать с отчимом ссорятся, дает основание для понимания и помощи, но не для диагноза.
- (4) **Причинность**, например: у Саши появились тики и обсессивно-компульсивное расстройство вслед за стрептококковой инфекцией, связующим звеном, вероятно, послужила аутоиммунная реакция; или: посттравматическое стрессовое расстройство у Кати следовало за сексуальным насилием, совершенным приходившим воспитателем; или: Сережино деструктивное поведение может отражать сочетание конституциональной ранимости, связанной с фе-



тальным алкогольным синдромом, и недостаточного родительского воспитания, связанного с продолжающимися алкогольными проблемами и депрессией у его матери.

- (5) **План ведения**, в т.ч. необходимость психолого-педагогической работы с ребенком, семьей и школой, а также все конкретные виды психологической и фармакологической терапии. План должен основываться на сильных сторонах ребенка и семьи и усиливать их еще больше.
- (6) **Прогнозируемый исход**, например: Катина специфическая фобия зубных врачей, скорее всего, пройдет после короткого курса поведенческой терапии и, вероятно, не повторится; расстройство поведения у Васи, скорее всего, будет продолжаться, и в долгосрочной перспективе потребует дорогой цены от него и от общества, если он не получит соответствующего интенсивного лечения, такого как мультисистемная терапия.

Непросто построить формулировку, обладающую точностью, краткостью и полезностью, и лучший способ научиться – это практиковаться в мастерстве и получать обратную связь от более опытных коллег.

### **Обзоры по теме**

Angold A. (2002) Diagnostic interviews with parents and children. *In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 32-51.

Rutter M., Taylor E. (2002) Clinical Assessment and Diagnostic Formulation. *In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 18-31.

### **Дополнительное чтение**

Jones D.P.H. (2003) *Communicating with vulnerable children: a guide for practitioners*. London: Gaskell.