

## Глава 21 ДОШКОЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Несмотря на то, что у многих дошкольников есть эмоциональные или поведенческие проблемы, их часто трудно классифицировать. Лишь у меньшей части имеется один из общепризнанных синдромов, описанных в других частях этой книги, например аутизм или расстройство привязанности. Чаще у ребенка только одна сфера проблем (например, причуды в еде, вспышки гнева или страхи) или же несколько таких проблем, которые не складываются ни в один из признанных диагнозов. Поэтому при оценке дошкольника по большей части формируется не специфический диагноз, а список проблемных сфер.

### Распространенные проблемы

Классическое исследование дошкольных проблем и их последствий в сообществе – это исследование «От дошкольников до школы» (см. вставку 21.1). Дошкольники могут предъявлять такого же рода симптомы, какие обычно приводят старших детей на прием к психиатру: беспокойства, страхи, печаль, агрессия, вспышки гнева, чрезмерная активность, невнимательность и т.д. Как показано во вставке по исследованию «От дошкольников до школы», возрастная динамика симптомов разнится. Так, по мере созревания детей чрезмерная активность и страхи встречаются реже, беспокойства – чаще, а вероятность быть трудноуправляемым во всех трех возрастах почти одна и та же.

Среди дошкольников также особенно распространены проблемы развития и привычек. Очень часто бывают задержки в приучении к туалету, а также комфортные привычки, такие как раскачивание, сосание большого пальца, удары головой, мастурбация или сосание волос. Другие распространенные трудности включают плохой аппетит, причуды в еде, трудности при укладывании спать на ночь и частое ночное пробуждение. Как показано во вставке по исследованию «От дошкольников до школы», созревание ведет к разрешению многих проблем развития и привычек. Многие родители, узнав об этом, охотно ждут, пока их ребенок вырастет из этого поведения. Если семья действительно нуждается в помощи, часто решением является совет по управлению поведением, данный патронажной сестрой, семейным доктором, педиатром или специалистом по психическому здоровью.

### Исход в позднем детстве

Некоторые дошкольные проблемы преходящи, а другие – устойчивы. Хроническое течение некоторых дошкольных проблем заметно и проспективно, и ретроспективно. В исследованиях с прослеживанием, таких как «От дошкольников до школы», показано проспективно, что у существенной доли дошкольников с тяжелыми проблемами действительно развиваются отчетливые поведенческие, эмоциональные и гиперактивные расстройства, когда они становятся старше. Эта непрерывность часто заметна ретроспективно – при оценке психиатрических проблем школьников, когда родительские отчеты ясно показывают, что проблемы идут из дошкольного возраста. Многие дети с оппозиционно-вызывающим расстройством всегда были раздражительны и подвержены вспышкам гнева; многие дети с тревожным расстройством, связанным с разлукой, всегда были очень прилипчивы и боязливы; а многие дети с синдромом дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) всегда были чрезмерно активны и невнимательны.

Почему же тогда так редко можно с уверенностью диагностировать поведенческие, эмоциональные и гиперактивные расстройства у трехлетних? Отчасти, это представляется проблемой «сигнал – шум». Например, несмотря на то, что многие трехлетки очень активны, и им трудно заняться заданиями, у большинства из них развивается адекватная регуляция внимания и активности к тому времени, когда они идут в школу; и только у незначительного меньшинства проблемы устойчивы и, в конечном счете, станут основанием для диагноза СДВГ. На фоне такого большого «шума» в виде самостоятельно проходящей чрезмерной активности и невнимательности затруднительно обнаружить «сигнала» – раннего СДВГ. Срочно нужны методики оценки,

которые смогут предсказать, какие дошкольные проблемы являются первыми признаками хронических расстройств. Тогда этим детям можно было бы прицельно оказывать длительную дополнительную помощь до того, как они столкнутся с серьезными проблемами. В противоположность этому, при дошкольных проблемах, которые, вероятно, пройдут с возрастом, возможно, все, что требуется, - это ободрение или краткое вмешательство.

### **Вставка 21.1: Исследование От дошкольников до школы (Richman et al., 1982)**

#### **Метод**

Случайная выборка 1 из 4 трехлетних детей дальнего района Лондона. Двухстадийный проект (см. главу 3) включал первоначальное скрининговое интервью, за которым следовали детальные оценки всех «скрин-положительных» детей и сопоставленной выборки «скрин-отрицательных» детей в 3, 4 и 8 лет.

#### **Основные результаты в три года**

Умеренные или тяжелые поведенческие проблемы имелись у 7%, и еще у 15% - легкие проблемы. Мужской пол немного преобладал. Мальчики были более гиперактивны, девочки – более боязливы. Психиатрические проблемы чаще встречались при наличии специфической задержки речи или неблагоприятных социальных и семейных факторах, таких как супружеский разлад, недостаток тепла, много критики, материнская депрессия, большой размер семьи и жилье в многоэтажке.

#### **Основные результаты в восемь лет**

Среди имевших проблемы в 3-летнем возрасте, у 73% мальчиков и у 48% девочек через 5 лет все еще были проблемы. Чрезмерная активность и низкий интеллект предсказывали устойчивость у мальчиков, но не у девочек. Чрезмерная активность предсказывала расстройство поведения; боязливость предсказывала эмоциональное расстройство. Неблагоприятные семейные факторы имели больше значение как предрасполагающие, а не как поддерживающие причины, т.е. они предсказывали появление новых проблем, но не могли предсказать, будут ли установленные проблемы устойчивыми или нет.

Процент детей с некоторыми специфическими проблемами в разном возрасте

|                                    | 3 года | 4 года | 8 лет |
|------------------------------------|--------|--------|-------|
| Страхи                             | 10     | 12     | 2     |
| Чрезмерно активен, беспокойный     | 17     | 13     | 11    |
| Беспокойства                       | 4      | 10     | 21    |
| Трудноуправляемый                  | 11     | 10     | 11    |
| Загрязнение ( $\geq$ x1/нед)       | 16     | 3      | 4     |
| Много комфортных привычек          | 17     | 14     | 1     |
| Пробуждение ночью ( $\geq$ x3/нед) | 14     | 12     | 3     |

#### **Исход во взрослом возрасте**

Выборка «От дошкольников до школы» была снова прослежена в исследовании, которое можно было бы называть «От дошкольников до суда», поскольку единственный итоговый показатель, который определяли в жизни молодых взрослых – это была ли у индивидуума судимость. Возможно, единственный наиболее важный результат – то, что невозможно точно предсказать, какие трехлетки окажутся правонарушителями; этот результат многим принесет облегчение, хотя

некоторые будут огорчены. Тем не менее некоторые дошкольные поведенческие проблемы в умеренной степени прогнозировали преступность взрослых, даже при учете пола, социального происхождения и задержки развития. Так, если ребенок в трехлетнем возрасте был чрезмерно активен и трудно управляем, это предсказывало преступления совершеннолетних в целом, а вспышки гнева в трехлетнем возрасте предсказывали насильственные преступления совершеннолетних. Эти результаты усиливают доводы в пользу того, чтобы предоставить родителям оппозиционно-вызывающих дошкольников эффективную помощь (см. главу 6), а не просто предполагать, что они из этого «вырастут».

## **Лечение**

Когда у дошкольников один из психиатрических синдромов, представленных в других местах этой книги, лечение, как правило, следует стандартным направлениям, которые обсуждаются в соответствующей главе. Для детей с хроническими расстройствами, такими как аутизм, особенно важно взаимодействие с органами образования. Для органов образования полезно заранее знать об эмоциональных и поведенческих проблемах и проблемах с обучением, которые, вероятно, потребуют обеспечить специальное образование. Раннее предупреждение может также позволить поместить ребенка в соответствующую детскую группу или детский сад, что часто помогает не только ребенку, но также и измученным родителям.

Если при оценке выявляется не специфический диагноз, а одна или несколько проблемных сфер, необходимо принимать во внимание стратегии ведения по каждой проблеме. В некоторых случаях родители могут считать, что нет необходимости в каком-либо лечении, как только их заверят, что проблема встречается часто и вероятно будет недолговечной (и скажут, как и когда возобновить контакт в маловероятном случае, если проблема действительно будет упорно продолжаться). Если лечение показано, часто особенно ценны поведенческие подходы. Например, если вспышки гнева или ночное пробуждение подкрепляются родительским вниманием, то возможное решение - обращать на проблему меньше внимания. Поведенческую программу нужно приспособить к особенностям родителей и самого ребенка. Например, если у родителей не железные нервы, им может показаться трудным «угасить» ночное пробуждение, полностью игнорируя зов или плач своего ребенка посреди ночи. Таких родителей может больше устроить подход «тише, тише»: например, обращать все меньше и меньше внимания каждую последующую ночь. Важно помнить, что поведенческая программа, которую родители не могут выполнить до конца, хуже, чем ничего, поскольку это деморализует родителей и обучает ребенка сопротивляться любой следующей попытке преодолеть проблемное поведение.

## **Обзор по теме**

Campbell S.B. (1995) Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.

## **Дополнительное чтение**

Douglas J. (1989) *Behaviour Problems in Young Children*. Tavistock/Routledge, London.

Richman N., Lansdown R. (1988) *Problems of Preschool Children*. Wiley, Chichester.

Richman N., Stevenson J., Graham P.J. (1982) *Preschool to School: A Behavioural Study*. Academic Press, London.

Stevenson J., Goodman R. (2001) Association between behaviour at age 3 years and adult criminality. *British Journal of Psychiatry*, 179, 197-202.

Zeanah C.H., Boris N.W., Scheeringa M.S. (1997) Psychopathology in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 81-99.

Zeanah C.H. (2000) *Handbook of Infant Mental Health*, 2nd edition. Guildford Press, New York.