

Глава 22 РАССТРОЙСТВА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Поскольку подростковый возраст находится между детским и взрослым возрастом, неудивительно, что большинство психических расстройств подросткового возраста - либо продолжение расстройств детского возраста, либо раннее проявления расстройств взрослых. Но подростковый возраст – не только смесь детского и взрослого возраста; у этой стадии свои собственные уникальные биологические и социальные характеристики, которые окрашивают и нормальное, и аномальное поведение тинейджеров (с 13 до 20). Перед тем как сосредоточиться на аномальном поведении, важно рассмотреть уникальный мир, в котором живут подростки, а также внутренние процессы психического и физического созревания, специфичные для этой стадии жизни. Поведенческие проблемы, достигающие пика в возрасте тинейджеров, такие как делинквентность, злоупотребление психоактивными веществами, умышленное самоповреждение и нервная анорексия, часто представляют преувеличенные и неразрешившиеся варианты обычных испытаний и злосчастий подросткового возраста.

Краткая история подросткового возраста

Несмотря на то, что половое созревание - биологический процесс, как мы теперь знаем, подростковый возраст – относительно новое социальное явление. В развивающемся мире, большинство людей покидают школу и начинают работать перед половым созреванием или в ходе него; физическая зрелость развивается в ногу с экономической и социальной зрелостью. То же самое было справедливо и для развитого мира - до недавнего времени, когда сочетание более раннего полового созревания (отражающего лучшее питание и здоровье) и продолжительного образования привело к открытию «ничей земли» между детским и взрослым возрастом. Это продолжительный период, когда подростки приобретают тела взрослых, но не их роли, права или финансовую независимость. Это, конечно, сильное упрощение, но оно указывает на необходимость иметь в виду, что подростковый возраст (а на самом деле и все остальные стадии жизни тоже) детерминирован как культурой, так и биологией.

Правила и автономия

В подростковом возрасте происходит переключение от принятия правил и границ, наложенных другими, к их самостоятельному установлению; при этом контроль, возложенный на самого себя, заменяет контроль, наложенный извне. Молодые люди сталкиваются с трудной задачей, пытаясь проявить свои растущие возможности и стремление к самоопределению в пределах, приемлемых для родителей и общества в целом. Исследования подтверждают, что самые распространенные причины споров с родителями в этот период - вопросы, связанные с правилами и автономией, и это неудивительно. На том конце спектра, где больше нарушений, «неконтролируемые» тинейджеры следуют своим собственным желаниям, обращая очень мало или почти никакого внимания на общественные правила и потребности других людей. Одновременное отсутствие контроля, наложенного извне, и возложенного на самого себя, делает этих подростков особенно трудно управляемыми для всех, кого это касается, включая родителей, социальных работников и психиатров. Когда родители больше не могут справляться, то простое помещение таких молодых людей на воспитание в детский дом может только усугубить проблему, поскольку недостаточное сдерживание во многих детских домах отражается в высокой частоте разнообразных «неконтролируемых» занятий. Эти занятия могут включать преждевременную и незащищенную сексуальную активность, передозировки и порезы вен, прием наркотиков, бродяжничество и кражи.

Биологические и социальные влияния взаимодействуют

Пубертатному всплеску сексуального и агрессивного поведения у людей, как и у других животных, способствуют биологические факторы; это подтверждают последствия задержанного полового созревания. Однако различные культуры различным образом канализируют эту биологическую предрасположенность, усиливая одни признаки и подавляя другие. Вопреки представлениям здравого смысла, нет убедительных доказательств тому, что у чрезвычайно агрессивных делинквентов или лиц, совершивших множественные половые преступления, аномально высок уровень гормонов, так что в этих обстоятельствах эффективность «химической кастрации», не говоря уж о желательности, остается очень сомнительной. Патологические разновидности сексуальных и агрессивных «порывов» после полового созревания, по-видимому, больше связаны с социальными и психологическими переменными, чем с биологическими.

Взаимодействие биологических и социальных факторов при развитии подростков хорошо демонстрируют результаты шведского исследования последствий раннего полового созревания для девочек. В большой репрезентативной выборке девочек примерно у 10% половое созревание началось, по меньшей мере, на два года раньше, чем в среднем. В подростковом возрасте эти рано созревающие девочки чаще, чем их сверстники, курили, выпивали, воровали, прогуливали школу, не слушались своих родителей и покидали школу при первой же возможности. Эти различия возникли в результате того, что рано созревающие девочки были склонны объединяться со старшими девочками, и, возможно, больше всего с проблемными старшими девочками, которые плохо успевали в школе. Биологические различия (раннее половое созревание) привели к социальным различиям (выбору группы сверстников), и на приспособление повлияли именно социальные различия: у рано созревающих девочек, не имевших старших друзей, риск нарушения норм не был повышен.

Когнитивное развитие

Начиная с 14 или 15 лет, когнитивные способности подростков во многих отношениях сопоставимы со взрослыми, например, по тестам абстрактного мышления или функций «лобной доли». Из того факта, что в этом отношении подростки равны своим родителям и учителям, но колоссально отличаются по опыту и власти, могут легко возникать конфликты. Взрослые могут недооценивать способность подростков самостоятельно продумывать вещи; подростки могут недооценивать ценность опыта.

Люди существенно различаются по тому, в каком возрасте они достигают своего взрослого роста, и представляется вероятным, что люди точно так же сильно различаются по тому, в каком возрасте они достигают своего взрослого когнитивного потенциала, и эти различия имеют важные последствия для психосоциальной адаптации. Некоторые исследования малолетних делинквентов указывают, что они отстают от своих сверстников в развитии совести и альтруизма, хотя их определено очень трудно измерить.

Идентичность

В принципе, наше общество предлагает молодым людям сбивающее с толку разнообразие возможных взрослых ролей: «Ты можешь быть кем хочешь, если будешь действительно работать над этим». На практике у большинства молодых людей выбор ограниченный и непривлекательный. Это напряжение прибавляет трудности подростковому возрасту, когда молодой человек пытается выработать ощущение идентичности, соединяющее внутренние стремления и внешние реалии. Ощущение спутанности по поводу личной идентичности иногда может быть настолько выраженным, что в значительной степени препятствует функционированию молодого человека. DSM-IV предоставляет код для *Проблемы идентичности* в рубрике других заболеваний

ний, которые могут быть предметом клинического интереса. В МКБ-10 сопоставимой категории нет.

Принятию и отверганию идентичностей, предлагаемых миром взрослых, сопутствует разный риск. Принятие непривлекательной идентичности, которая совсем не оправдывает предшествующие стремления, может подорвать самооценку и предрасполагает к депрессии. Другая крайность - то, что некоторые молодые люди, по-видимому, определяют свою идентичность главным образом на основе отвергания авторитета и норм взрослых, и это предрасполагает их к делинквентности и злоупотреблению психоактивными веществами. Представляется, что идентичность, основанная на отвергании ценностей взрослых, иногда отражает совокупное влияние критики родителей, неудач в школе и последующей идентификации с делинквентной группой сверстников.

Молодым людям может быть не полностью ясна сексуальная идентичность; исследования позволяют полагать, что в то время как не меньше 3% однозначно гомосексуальны, по меньшей мере, такое же число проходит через период бисексуальности, для большинства краткосрочный.

Решать проблемы и выдерживать стресс

У детства имеются свои собственные стрессы, однако переход к взрослому возрасту может принести много других: экзамены, разбитое сердце, безработицу и усугубление споров с родителями. Детям, не научившимся адаптивным способам вести себя с другими и справляться с кризисами (возможно потому, что у их родителей тоже не было соответствующих навыков), вероятно, покажется особенно трудным совладать с новыми стрессами подросткового возраста. Насилие, злоупотребление психоактивными веществами и самоповреждение, - все это может быть способом разрядить стресс или временно справиться с проблемами, которые нельзя решить более адаптивно.

Эпидемиология подростковых психических расстройств

Обследование 14- и 15-летних на острове Уайт остается «классическим» эпидемиологическим исследованием подростковой психопатологии (см. вставку 22.1). Главные выводы этого исследования выдержали испытание временем, несмотря на продолжающиеся разногласия о распространенности подростковой депрессии: не встречается ли она значительно чаще, чем в 2%, обнаруженных на острове Уайт. Самые последние данные говорят о том, что точечная распространенность¹⁷ тяжелых депрессивных эпизодов в подростковом возрасте - между 1% и 5% (см. главу 10). Накапливаются данные в пользу модели «двух популяций» подростковых проблем с поведением, включающей «закоренелых преступников» - индивидуумов с поведенческими расстройствами до, во время и после подросткового возраста, плюс большое число ранее хорошо адаптированных индивидуумов, проходящих в подростковом возрасте через относительно краткосрочную стадию нарушения правил и антисоциального поведения.

В подростковом возрасте, как и в среднем детстве, наиболее распространенные диагнозы - это эмоциональные и поведенческие расстройства. Они представлены в соответствующих главах, как и две другие проблемы, достигающие пика в подростковом возрасте, а именно подростковая делинквентность и умышленное самоповреждение. Остальная часть этой главы посвящена четырем заболеваниям, не представленным в других местах и гораздо более распространенным в подростковом возрасте, чем в детстве: злоупотреблению психоактивными веществами, шизофрении, нервной анорексии и нервной булимии.

Вставка 22.1: Проследивание на острове Уайт (Rutter et al, 1976)

Метод

Полная популяционная выборка 2303 подростков, живущих на острове Уайт, была обследована в ходе двухстадийного проекта: всех испытуемых оценивали с помощью поведенческих скрининговых опросников, которые заполняли родители и учителя; у всех «скрин-положительных» индивидуумов и в случайной выборке «скрин-отрицательных» индивидуумов провели полную психиатрическую оценку. Большая часть испытуемых была также обследована 4 годами ранее в первоначальном исследовании на острове Уайт, но некоторые были вновь прибывшими.

Основные результаты

- (1) Судя по информации, собранной у родителей и учителей, определенные психические расстройства имелись примерно у 10% выборки – частота лишь немногим выше, чем в среднем детстве. Кроме того, еще 10% подростков сообщили о выраженных внутренних чувствах печали и неполноценности, которые не сопровождались значительными внешними изменениями. Было ли это скрытой депрессией? Только долгосрочное проследивание может ответить на ключевой вопрос, является ли скрытая подростковая печаль предшественником явной депрессии взрослых.
- (2) Из очевидных для информантов расстройств, большинство было эмоциональными и поведенческими. Депрессивные расстройства встречались чаще, чем в 10 лет: в 2%, а не в 0,2%. (Печаль, по данным самоотчетов, встречалась еще чаще: у 48% девочек и 42% мальчиков). Отказ от школы в 14 лет также встречался чаще, чем в 10, и возникал как часть более широких тревожных и аффективных расстройств.
- (3) Почти у половины детей с расстройствами в 14 лет, уже было расстройство, когда их оценивали в 10 лет. Расстройства, впервые возникших после 10 лет, имели три главных отличия от расстройств с ранним началом: они *не* были связаны с трудностями в учебе; преобладание мужского пола было очень незначительным; и реже встречались неблагоприятные семейные факторы.
- (4) Лишь малая часть подростков были отчуждены от своих родителей (судя по ссорам, физической и эмоциональной отстраненности и отверганию). Отчуждение встречалось особенно часто, когда у молодого человека было психическое расстройство (в особенности хроническое). И хотя отчуждение, восходящее к среднему или раннему детству, судя по всему, действительно связано с психическими расстройствами, начинающимися после 10 лет, отчуждение, *начинающееся* в возрасте тинейджеров (с 13 до 20) не было распространенной причиной психического расстройства.

Специфические расстройства

Употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими

Неудивительно, что в обществе, которое разрешает взрослым использовать выбранные психоактивные вещества для удовольствия или облегчения стресса, большинство молодых людей решают попробовать психоактивные вещества, и многие доходят до того, что потребляют их регулярно, часто с серьезными последствиями для общественного здоровья. Частота экспериментирования и регулярного употребления различается в зависимости от возраста, пола, страны и десятилетия, но можно составить представление о том, насколько распространены различные образцы

употребления, обратившись к исследованию 15- и 16-летних британцев, проведенному в середине 90-х. Более трех четвертей напивались, по меньшей мере, один раз в жизни и почти столько же курили. За прошедший месяц примерно половина употребили подряд пять или более доз спиртного («дринков») ¹⁸, по меньшей мере, в одном случае и примерно треть курили. Почти половина когда-либо пробовали запрещенные наркотики: примерно 40% употребляли каннабис; примерно 20% вдыхали летучие вещества (клеи или растворители); и между 5 и 15% выборки употребляли что-либо из следующего: ЛСД, амфетамины, транквилизаторы и экстази. И хотя большинство таких экспериментов с запрещенными наркотиками не приводит к регулярному употреблению, не стоит забывать, что почти все молодые взрослые наркоманы впервые начали употреблять наркотики в школе, и чем раньше начало, тем более вероятно упорное течение.

Не существует ни простого, ни единственного объяснения образцов употребления психоактивных веществ и злоупотребления ими: доступность, способность вызывать аддикцию, конституциональная предрасположенность, молодежная культура, реклама и образцы для подражания среди взрослых, - все имеет значение. Предшествующее психосоциальное приспособление – еще один из многих факторов. Дети с расстройствами поведения по сравнению с другими детьми больше предрасположены к злоупотреблению психоактивными веществами в подростковом и взрослом возрасте. Особенно высокий риск создает сочетание расстройства поведения и гиперактивности. Оказалось, что трудно установить, в какой мере социальные и психиатрические проблемы злоупотребляющих психоактивными веществами являются следствием самой привычки, а в какой мере они - просто продолжение длительно существующих трудностей приспособления, предшествовавших употреблению психоактивных веществ.

Вдыхание органических растворителей, известное как злоупотребление летучими веществами (ЗЛВ) или нюханье клея – этот образец употребления психоактивных веществ особенно связан с молодежным и социальным неблагополучием. В Соединенном Королевстве ЗЛВ достигает пика в начале возраста тинейджеров (с 13 до 20); примерно 1% 11-15-летних британцев регулярно вдыхают растворители, причем распространенность существенно выше среди детей бедного происхождения. В других районах мира ЗЛВ очень часто встречается в некоторых группах особенно бедных детей, например среди миллионов уличных детей Бразилии. Для потребителя вдыхание растворителей привлекательно тем, что это дешевый и легко доступный способ вызвать «кайф» и уйти от невыносимой ситуации; его действие в некоторой степени сходно с алкоголем, но длится меньше. Обычные побочные эффекты включают тошноту, рвоту, головную боль, звон в ушах и боли в животе. Вдыхание растворителей из мешка может быть причиной сыпи вокруг рта или носа. Реже встречаются такие побочные эффекты, как повреждение печени и почек, трудности при дыхании и энцефалопатия. В результате остановки сердца, вдыхания рвотной массы или спазма гортани (особенно если жидкостью для зажигалок или дезодорантом опрыскивают заднюю часть рта) может наступить смерть. В настоящее время в Соединенном Королевстве ЗЛВ приводит примерно к 65 смертям в год у лиц моложе 18 лет и отвечает примерно за 2% всех смертей у старших тинейджеров. До трети этих смерти наступает у детей, впервые экспериментирующих с растворителями. Хотя девочки пробуют растворители также часто, как мальчики, около 80% смертей от ЗЛВ наступает у лиц мужского пола – возможно, это отражает межполовые различия в частоте употребления или выборе растворителя.

В США было проведено несколько рандомизированных контролируемых испытаний профилактических образовательных программ для подростков. Однако большинство из них охватили только около 30% «популяции риска» и были умеренно эффективны. Серьезная задача для здравоохранения – основываться на этих испытаниях. И, в отличие от взрослых, почти совсем не было хороших испытаний режимов лечения для подростков с установленной наркоманией.

Шизофрения

Самое важное, что надо знать о детской и подростковой шизофрении, - то, что она очень похожа на шизофрению взрослых, но встречается реже. Недавнее исследование в Шотландии установило, что в популяции 12-17-летних примерно один на тысячу испытал психотические расстрой-

ства, их начало в среднем приходилось на возраст 16 лет; примерно у половины была шизофрения, а у остальных - аффективные, вызванные наркотиками или другие психотические расстройства. И хотя шизофрения может возникать уже с семилетнего возраста, она очень редко начинается до полового созревания. В свете накапливающихся свидетельств о том, что в основном шизофрения – это расстройство неврологического развития, неясно, почему же препубертатная шизофрения встречается настолько редко? Одно из возможных объяснений – то, что аномалии мозга возникают рано, но остаются по большей части скрытыми до тех пор, пока их не проявят нормальные процессы развития, такие как миелинизация или прогрессивное «прореживание» избыточных синапсов; эти процессы продолжают входить до полового созревания и даже позже. Альтернативное объяснение – ключевой аномалией неврологического развития при шизофрении может быть избыточная элиминация синапсов, возникающая в подростковом возрасте, возможно, наиболее выраженная в префронтальной и височной области и приводящая к аномальной связанности нейронов и к психотическим симптомам.

При ранней шизофрении генетические факторы могут быть даже более важными, чем при шизофрении, начинающейся во взрослом возрасте. Ранней шизофрении, как правило, больше подвержены лица мужского пола, однако в промежутке от 11 до 14 лет соотношение полов меняется на противоположное - вероятно потому, что в этом возрасте у девочек по сравнению с мальчиками гораздо чаще заканчивается половое созревание. Шизофрении, начинающейся в детском и подростковом возрасте, особенно вероятно предшествуют преморбидные аномалии развития и социального приспособления. Аномалии неврологического развития включают задержку речи и языка, неуклюжесть, невнимательность и сниженный IQ (в среднем около 85). Часто началу явного психоза предшествуют годы плохого социального приспособления, а иногда - нарушения восприятия и мышления, являющиеся легкими вариантами шизофренических бреда и галлюцинаций. Такая преморбидная картина часто ясна ретроспективно, однако она не настолько характерна, чтобы позволить с уверенностью диагностировать начальную стадию шизофрении проспективно.

Симптомы шизофрении во всех возрастах довольно сходны. Даже у маленьких детей могут быть шнейдеровские галлюцинации и бред первого ранга, а также расстройство мышления и негативные симптомы, такие как аффективная тупость и апатичная социальная отстраненность. В соответствии с уровнем развития бред у детей, как правило, менее сложен, чем у взрослых, и в нем реже присутствует сексуальная или иная тематика взрослых. Феномены пассивности и скудости мышления выражены меньше, чем у взрослых.

Поскольку возраст вносит так мало различий в симптоматику, стандартные диагностические критерии шизофрении по МКБ-10 и DSM-IV можно применять во всех возрастах. В целом они работают хорошо, однако в нескольких исследованиях показано, что маниакальные эпизоды в подростковом возрасте особенно часто включают шнейдеровские симптомы первого ранга, и это часто приводит к неправильному диагнозу шизофрении. У детей младшего возраста и с задержкой развития диагноз поставить труднее, особенно при скрытом появлении симптомов. В этой группе может быть трудно отличить бред и галлюцинации от чрезмерных, но соответствующих возрасту страхов и фантазий, особенно при сосуществующем расстройстве речи. Провести различие между аутизмом и шизофренией (см. вставку 22.2) нетрудно, но это излюбленная экзаменационная тема!

Когда шизофрения начинается рано, начало часто бывает не острым, а скрытым. Психотические эпизоды обычно охватывают от одного до шести месяцев галлюцинаций, бреда и расстройства мышления. Медикаментозное лечение нейролептиками часто помогает снизить интенсивность симптомов, но не обязательно сокращает эпизод. Многие подростковые психиатры выбирают «атипичные» нейролептики, такие как оланзапин или рисперидон как лечение первого плана, отдавая им предпочтение перед традиционными «типичными» нейролептиками, такими как галоперидол или хлорпромазин. Атипичные препараты дороже, но они могут быть более подходящим лечением применительно к некоторым распространенным особенностям ранней шизофрении: выраженным негативным симптомам, подверженности экстрапирамидным побочным эффектам и относительной резистентности к типичным нейролептикам. Применение кло-

запина ограничено резистентной к лечению шизофренией. Разрешение положительных симптомов часто сопровождается стадией выздоровления длительностью несколько месяцев, в течение которых частично или полностью разрешаются остаточные негативные симптомы. Как и в случае шизофрении, начинающейся во взрослом возрасте, только у незначительного меньшинства выздоровление полное и дальнейших эпизодов не бывает. Работа с семьей, направленная на то, чтобы уменьшить выражение отрицательных эмоций, может играть роль в снижении рецидивов, как и продолжающееся медикаментозное лечение; пораженным индивидуумам также может понадобиться специальное школьное обучение, тренинг социальных навыков и поэтапный перевод во взрослую психиатрическую службу по месту жительства. После второго и последующих

Вставка 22.2 Сравнение аутизма и шизофрении

	Аутизм	Шизофрения
Характерные признаки	Тяжелые социальные нарушения (отчужденный или несочувственный). Тяжелые проблемы общения. Ритуалы и повторяющееся поведение	Галлюцинации, бред, расстройство мышления, негативные симптомы
Начало	До 3 лет, часто с рождения	После 7 лет, большей частью после полового созревания ± преморбидные аномалии развития (более легкие и менее специфические, чем при аутизме)
Семейная история	2% сиблингов аутичны и более чем у 10% - менее выраженные аутистические признаки	Часто положительная семейная история заболевания шизофренией
Генерализованная недостаточная обучаемость	Обычно	Редко
Течение	Не эпизодическое, хроническое, по большей части некоторое улучшение по мере созревания	Эпизодическое, часто с постепенным ухудшением социальной адаптации
Польза от нейролептиков	Редко	Обычно
Тяжелые долгосрочные социальные нарушения	Обычно	Обычно
Требуется уход по месту жительства и профессиональное обслуживание	Обычно	Обычно

эпизодов выздоровление особенно часто неполное и социальное функционирование может постепенно ухудшаться. Как правило, раннее начало означает, что прогноз хуже, чем при начале во взрослом возрасте. Плохой долгосрочный исход лучше всего предсказывают преморбидные социальные и когнитивные нарушения, продолжительный первый психотический эпизод, негативные симптомы в начале и продолжительный период без лечения.

Нервная анорексия

Пик появления симптомов нервной анорексии приходится на середину возраста тинейджеров (с 13 до 20); соотношение женского и мужского пола - около 10:1. До полового созревания начинается редко. Распространенность у девочек-тинейджеров по большей части оценивают в пределах от 0,1% до 0,7%. Главные диагностические критерии нервной анорексии по МКБ-10 показаны во вставке 22.3. Критерии по DSM-IV сходны, с факультативным выделением двух подтипов: *ограничивающий* тип, при котором потеря веса включает голодание, но не обжорство и не очищение, и тип с *обжорством/очищением*, при котором потеря веса включает обжорство/очищение, а также голодание. Остается сомнение, действительно ли это - два отдельных подтипа, а не точки на континууме. Часто встречаются депрессивные и навязчивые признаки, что иногда является основанием для сопутствующих диагнозов.

Вставка 22.3 Диагностические критерии нервной анорексии

- (1) *Недостаток в весе*: <85% веса, ожидаемого для данного возраста и роста (вследствие потери веса, а у детей - отсутствия ожидаемой прибавки в весе).
- (2) *Вызван*: Намеренное ограничение в диете, иногда в сочетании с чрезмерными тренировками, средствами, подавляющими аппетит или очищением (т.е. намеренная рвота или злоупотребление слабительными, клизмами или диуретиками).
- (3) *Сопутствующее познание*: Интенсивный страх ожирения. Считает себя толстой, даже при недостатке веса (или считает, что в порядке только при очень большом недостатке веса).
- (4) *Эндокринные последствия*: У лиц женского пола аменорея после менархе, за исключением тех, кто «на таблетках». (Потеря сексуального интереса и потенции у лиц мужского пола. В случае раннего начала задержка или остановка полового созревания.)

Близнецовые исследования дали противоречивые сведения о роли генетической предрасположенности: у пробандов с анорексией вероятность поражения второго близнеца выше, чем ожидаемая случайно, но до сих пор неясно, обусловлено ли это разделенными генами или разделенной средой. Эпидемиологические исследования позволяют полагать, что социальные факторы могут быть важны. Современный западный стереотип женской красоты включает такую степень стройности, что большинство девочек-подростков вынуждены сидеть на диете. Подверженность проблемам с приемом пищи особенно сильна при таких занятиях, где стройности придается особое значение, таких как модельный бизнес или балетные танцы. И хотя большинство случаев подросткового сидения на диете доброкачественные, вероятно, что социальное давление, подталкивающее к стройности и к тому, чтобы сидеть на диете, действительно увеличивает риск расстройств приема пищи. Нервная анорексия регистрируется главным образом в богатых странах; есть некоторые данные о том, что в странах с низким и средним доходом нервная анорексия чаще встречается в наиболее обеспеченных (а поэтому и наиболее прозападных) слоях общества. Специфического «анорексического» семейного происхождения не существует; этому расстройству сопутствует повышенная частота относительно неспецифических семейных проблем с общением и взаимодействием, а также повышенная частота проблем с весом, физических заболеваний, депрессии и алкоголизма среди родственников.

Неясно, имеется ли предрасполагающая роль специфического детского опыта, в т.ч. сексуального насилия. Во многих случаях анорексия, по-видимому, действительно бывает спровоциро-

вана негативным событием жизни, однако тип этого события не представляется особенно характерным. Прибавка в весе и изменение формы тела, вызванные половым созреванием, сами могут тоже способствовать началу расстройства – возможно, что больше всего тогда, когда индивидуум напуган переходом от детской зависимости к сексуальной зрелости и взрослой независимости.

Представляется естественным предположить, что аноректическое познание мотивирует аноректическое поведение - например, озабоченность весом ведет к чрезмерно строгой диете, но может быть справедливо и обратное. В некоторых обстоятельствах поведение, направленное на собственное голодание, может приобрести самостоятельную жизнь. Пораженные индивидуумы могут ощущать переполнение, несмотря на малое количество съеденного, из-за запора и задержанного опорожнения желудка, сопутствующих голоданию. Кроме того, при голодании могут быть свои вознаграждения, возможно, в виде высвобождения эндорфинов или дополнительного внимания. Если это так, то голодание может стать самоподдерживающимся поведением, а пораженные индивидуумы впоследствии пытаются осмыслить свое пристрастие к голоданию, придумывая правдоподобные, но несоответствующие объяснения, на основе того, что считают себя слишком толстыми. С этой точки зрения, даже если потеря веса началась как реакция на стресс или диету, санкционированную культурой, впоследствии этот процесс может стать порочным кругом, из которого трудно выйти.

При соответствующей подготовке психотерапевтов лечение детей и подростков с анорексией, живущих в своей семье, обычно может быть проведено на амбулаторной основе. Первая главная цель - постепенное, но неуклонное восстановление веса, окончательная задача – вес, отклоняющийся от ожидаемого в пределах 10%. Как правило, это достигается более частой (четыре – шесть раз в день), но умеренной едой. Прибавку в весе ускоряет сочетание семейной терапии, поведенческих методик и индивидуальной терапии. Цель семейных сеансов - способствовать такой реструктуризации семьи, которая ускорит выздоровление; часто при этом родителям четко поручают отвечать за прием пищи - до тех пор, пока не восстановится нормальная регуляция веса. Данные рандомизированных контролируемых испытаний позволяют полагать, что включение в программу лечения и родителей, и детей важнее, чем такие детали, как отдельно или вместе принимать родителей и детей. Может быть полезно предоставлять групповое лечение одновременно нескольким пораженным семьям. Чтобы вознаградить строгое соблюдение диеты и успешную прибавку в весе, можно применять поведенческие методики. Индивидуальная терапия может предоставлять смесь поддержки, когнитивной реструктуризации, образования по поводу диеты, инсайта и навыков решения проблем. Роль нейрорептиков и стимуляторов аппетита неясна, но антидепрессанты могут оказывать некоторое влияние на прибавку в весе и коморбидную депрессию.

Долгосрочное прослеживание клинических групп (где, вероятно, преобладают тяжелые случаи) показывает, что выздоравливает примерно 50%, частичное улучшение наступает у 30%, а у 20% - течение хроническое; примерно у пятой части в качестве продолжения развиваются аффективные расстройства и меньше 50% удается установить стабильные долгосрочные интимные взаимоотношения. Примерно 2% умирают от голода или совершают суицид. У некоторых индивидуумов ограничивающая анорексия переходит в анорексию с обжорством, а затем и в нервную булимию. Факторы, предсказывающие плохой исход, включают большую потерю веса, рвоту, обжорство, более хроническое течение и преморбидные аномалии. Возможные индикаторы лучшего исхода включают раннее начало, хорошие взаимоотношения между родителем и ребенком и быстрое выявление и лечение.

Нервная булимия

Нервная булимия включает частые эпизоды неконтролируемого переедания, при которых за короткий период времени потребляется большое количество пищи; это расстройство не следует диагностировать на основании обжорства, возникающего исключительно в то время, когда индивидуум также соответствует критериям нервной анорексии. Обжорство случается на фоне

устойчивого стремления к еде или озабоченности едой. Индивидуум препятствует тому, чтобы потолстеть в результате обжорства посредством намеренной рвоты, очищения, периодов голодания и других способов. Вес тела обычно близок к нормальному, но озабоченность по поводу веса усилена.

Пик булимии наступает на несколько лет позже, чем при анорексии, однако избыток лиц женского пола столь же выражен. И хотя эпидемиологические исследования позволяют полагать, что в общей популяции булимия может встречаться чаще, чем анорексия, в клинических выборках булимия представлена недостаточно. Булимия может отражать воздействие общих факторов риска психопатологии (таких как родительское пренебрежение или сексуальное насилие) в сочетании с частными факторами риска сидения на диете (например, преморбидный избыточный вес). Большинство пораженных индивидуумов можно лечить амбулаторно когнитивно-поведенческой терапией, которая, как правило, является лечением выбора, однако есть некоторые данные в пользу эффективности селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), таких как флюоксетин. В долгосрочной перспективе полностью выздоравливает примерно 50%, у 25% - улучшение, а у 25% - хроническое течение, часто характеризующееся ремиссиями и рецидивами. Часто встречается сосуществующая или последующая депрессия, которая может потребовать отдельного лечения.

Обзоры по теме

- Hollis C. (2002) Schizophrenia and allied disorders In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 612-635.
- Rutter M. (2002) Substance use and abuse: causal pathways considerations In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 455-462.
- Steinhausen H.-C. (2002) Anorexia and bulimia nervosa. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 555-570.
- Weinberg W.A. et al (2002) Substance use and abuse: epidemiology, pharmacological considerations, identification and suggestions towards management. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 437-454.

Дополнительное чтение

- Asarnow J.R. et al. (2004) Childhood-onset schizophrenia: clinical and treatment issues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 180-194.
- Carvey P.M. (1998) Drug action in the central nervous system. Oxford: Oxford University Press. (Тщательное описание действия всех главных наркотиков, вызывающих злоупотребление.)
- Eisler I. et al. (2000) Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 727-736.
- Gilvarry E. (2000) Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55-80.
- Gowers S., Bryant-Waugh R. (2004) Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 63-83.
- Miller P., Plant M. (1996) Drinking, smoking and illicit drug use among 15 and 16 year olds in the United Kingdom. *British Medical Journal*, 313, 394-397.
- Magnusson E. et al. (1985) Biological maturation and social development: a longitudinal исследование of some adjustment processes from mid-adolescence to adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 267-283. (Изучает последствия раннего и позднего полового созревания у лиц женского пола.)
- Jacobsen L.K., Rapoport J.L. (1998) Childhood-onset schizophrenia: implications of clinical and neurobiological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 101-113.
- Rutter M. et al. (1976) Adolescent turmoil: fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 35-56. (Описывает исследование подростков на острове Уайт.)