

Глава 6 РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ

Расстройство поведения (РП) – этот термин используют для обозначения синдрома, ключевые симптомы которого характеризуют *устойчивую неспособность контролировать поведение в соответствии с установленными в обществе нормами*. По данным большей части эпидемиологических исследований, это наиболее распространенная проблема в детской психиатрии. РП часто бывает устойчивым, тяжело обходится обществу и по имеющимся до сих пор доказательствам в значительной степени незлечимо. Проблемы с поведением включают три перекрывающиеся области: *открытое неповиновение* воле того, кто облечен властью, *агрессивность* и *антисоциальное поведение*, которое нарушает права других людей и причиняет вред собственности и личности. Ничто из этого само по себе не является ни аномальным, ни патологическим, и на самом деле бывают случаи, когда стараются поддерживать некоторые из этих действий у слишком зависимых детей. Непослушание и деструктивное поведение являются частью нормального развития, которая обычно уменьшается по мере созревания, и диагноз следует ставить только тогда, когда такое поведение одновременно и чрезмерно, и устойчиво.

Психиатрическое обозначение и социальный контроль

Но следует ли давать детям психиатрическое обозначение только потому, что их поведение неприемлемо для людей, облеченных властью? При тоталитарных режимах подобные обоснования использовали для того, чтобы оправдать заключение диссидентов в психиатрическую лечебницу. Отчасти по этой причине многие психиатры ставят диагноз РП только при наличии дополнительного критерия: проблемы с поведением приводят к нарушению каждодневного функционирования (например, в межличностных отношениях или учебе в школе). Этот критерий нарушения включен в DSM-IV, но не в МКБ-10.

Размерность или категория?

Можно утверждать, что проблемы с поведением более целесообразно рассматривать как размерность (также как кровяное давление), чем как категорию «все-или-ничего» (нормальное vs гипертензия). В медицине, чтобы отличить нормальность от ненормальности, для непрерывных переменных часто устанавливают пограничные значения. В психологии гораздо чаще размышление идет на основе размерностей; при этом сохраняют непрерывные переменные и изучают, в какой степени возрастающе аномальные оценки сопровождаются возрастающе дизадаптивными исходами. В случае проблем с поведением есть много причин рекомендовать размерный подход. Так, по мере возрастания разнообразия и тяжести проблем с поведением, прогрессивно ухудшается прогноз. Нет относительно резкого перехода от хорошего прогноза у детей с РП чуть ниже порогового уровня к плохому прогнозу у детей с РП выше порога (хотя, похоже, имеет место то, что, если проблемы с поведением ограничены только одной областью, например, агрессией у таких детей прогноз действительно хороший). Кроме того, есть риск, что классификация «все или ничего», разделяющая детей на имеющих и не имеющих РП, может создать отношение типа «мы - они», которое усугубит маргинализацию проблемных семей. Тем не менее категориальный подход не только проще, его преимущество - в изучении наиболее тяжело пораженных индивидуумов, эта группа особенно важна клинически, и большинство исследований причинности и лечения основывается именно на ней. Преимущество постановки диагноза в том, что это влечет за собой необходимость помимо основной феноменологии искать известные сопутствующие признаки (плохое родительское воспитание, гиперактивность, задержку чтения, плохие социальные навыки и навыки взаимоотношений), дает информацию, касающуюся прогноза, и несет информацию о том, какое лечение, скорее всего, будет эффективно. Недостаток – в том, что постановка диагноза может привести к убеждению о неизменной, биологически обусловленной сущности ребенка, и в результате этого значение эмоциональных воздействий и возможности изменений могут быть преуменьшены. Преимущество рассмотрения проблем с поведением как размерности и, следовательно, преувеличения нормального поведения – в том, что средовые де-

терминанты, вызывающие или усиливающие поведение, могут быть более тщательно исследованы и, по возможности, скорректированы. Недостаток размерного подхода в том, что могут быть пропущены сопутствующие трудности. Таким образом, оба подхода имеют определенные преимущества, и мудрый специалист будет пытаться извлечь и применить лучшее из каждого.

Является ли расстройство поведения психиатрической проблемой?

Вопрос, должны ли проблемы с поведением оцениваться и лечиться специалистами по психическому здоровью детей, является предметом спора. Эти трудности, определенно, являются поведением, выходящим за границы нормы, вызывающим нарушения и обременяющим других. Однако то же самое имеется, если подросток курит 40 сигарет в день или ездит на мотоцикле со скоростью 160 км/ч, и, тем не менее, такие проблемы чаще рассматривают как социальные или моральные, а не как имеющие отношение к здоровью.

Возможно, те случаи, когда расстройство поведения отчетливо социально детерминировано и ведение – исключительно вопрос дисциплины или управления поведением, можно отнести к сфере деятельности социальных служб, образования или общественных ведомств. Чтобы быть максимально эффективными, этим организациям понадобится освоить широкий спектр навыков для оценки и ведения, многие из которых были изначально разработаны в сфере психического здоровья. Им надо будет иметь возможность выявить небольшое число детей с расстройством поведения и такими проблемами, как гиперактивность или депрессия, при которых поможет направление к специалистам по психическому здоровью. Им также надо будет иметь возможность выявить проблемы с обучением, при которых поможет направление на специальное обучение. Учитывая большую распространенность проблем с поведением и относительно небольшое число специалистов по психическому здоровью детей, практические стороны эффективного обеспечения обслуживания требуют подобного расширения экспертизы и ответственности – это обсуждается в главе 39 по организации служб. Долгосрочная стоимость детей с расстройством поведения для общества в финансовом выражении, по меньшей мере, в десять раз выше, чем контрольной группы; расходы несут многие организации, поэтому есть экономические основания для того, чтобы к лечению и профилактике подключился ряд государственных ведомств.

Симптомы и признаки

Проявления меняются с возрастом. У младших детей чаще видны признаки *оппозиционно-вызывающего расстройства (ОВР)*, которое является в МКБ-10 подтипом РП, а в DSM-IV – отдельным заболеванием. Действия, являющиеся критериями ОВР (см. вставку 6.1), должны совершаться «значительно чаще, чем у других детей, соответствующих по умственному развитию». Критерии РП в DSM-IV (см. вставку 6.2) с большей вероятностью соблюдаются у старших детей и ближе к критериям антисоциального расстройства личности у взрослых. Это определение с меньшей вероятностью касается девочек, чем предыдущие определения, так как в нем были опущены ранний сексуальный опыт, раннее злоупотребление психоактивными веществами и хроническое нарушение правил.

Вставка 6.1 Критерии оппозиционно-вызывающего расстройства в DSM-IV

По меньшей мере, четыре из следующего на протяжении шести месяцев:

- | | |
|--|--|
| (1) Часто выходит из себя | (5) Часто переносит вину на других |
| (2) Часто спорит со взрослыми | (6) Часто обидчив или ему легко досадить |
| (3) Часто отказывается выполнять требования взрослых или правила | (7) Часто сердит или негодует |
| (4) Часто намеренно досаждаст другим | (8) Часто злобен или мстителен |

Вставка 6.2 Критерии расстройства поведения в DSM-IV

Нарушения в течение 12 месяцев включают по меньшей мере три из следующего:

- | | |
|---|--|
| (1) Часто задирается, угрожает или запугивает | (9) Уничтожал/а чужую собственность |
| (2) Часто затевает драки | (10) Проникал/а в автомобили или чужие дома |
| (3) Использовал/а серьезное оружие в драках | (11) Обманывает других |
| (4) Физически жесток/а с людьми | (12) Кражи без применения силы |
| (5) Физически жесток/а с животными | (13) Часто проводит ночь вне дома без разрешения |
| (6) Кражи с применением силы | (14) Убегал/а из дома с ночевкой дважды |
| (7) Принуждал/а кого-нибудь к сексуальным действиям | (15) Часто прогуливает школу, начиная с возраста до 13 лет |
| (8) Поджог с целью причинить ущерб | |

Сопутствующие признаки

Психиатрические симптомы

- **Гиперактивность.** Беспокойность, невнимательность, импульсивность и общая чрезмерная активность часто сосуществуют, но в Соединенном Королевстве зачастую недостаточно распознаются. Эта комбинация приводит к худшему исходу.
- **Сниженное настроение.** Примерно у трети проявляются выраженные эмоциональные симптомы, чаще всего несчастливость и печаль. При наличии этих симптомов возникает повышенный риск депрессии и умышленного самоповреждения в отроческом и взрослом возрасте.

Неудачи в учебе

У многих пораженных индивидуумов слабые достижения в смысле оценок и уровня работы, и часто имеются специфические дефициты обучения. При тестировании почти у трети детей с РП оказывается специфическое расстройство чтения (СРЧ), которое обычно определяют при уровне чтения более чем на два стандартных отклонения ниже ожидаемого в соответствии с возрастом и интеллектом (см. главу 27). И наоборот, почти у трети детей с СРЧ имеется РП. Связь между РП и СРЧ может быть обусловлена любой из трех возможных причин. Во-первых, деструктивное поведение может мешать учебе в школе. Во-вторых, дети, неспособные понимать и участвовать в занятиях, могут в результате фрустрации стать деструктивными. В-третьих, и деструктивность и проблемы с чтением могут быть результатом третьего фактора, например гиперактивности или неподдерживающего недоброжелательного воспитания. Независимо от слабых достижений, РП сопутствует сниженный IQ.

Плохие межличностные отношения

Деструктивные дети часто становятся непопулярными среди сверстников и у них зачастую нет постоянных друзей. Они обычно обнаруживают плохие социальные навыки и со сверстниками, и с взрослыми, например им трудно поддерживать игру или содействовать положительным со-

циальным взаимодействием. Плохие взаимоотношения со сверстниками предсказывают неблагоприятный исход. В МКБ-10 РП разделяются на «социализированный» и «несоциализированный» типы в соответствии с тем, нормальные ли у молодого человека взаимоотношения со сверстниками или нет; в DSM-IV сопоставимых категорий нет. В клинической практике у подавляющего большинства детей с РП взаимоотношения со сверстниками нарушены. Тем не менее данные кластерного анализа указывают на существование относительно небольшой группы молодых людей с нарушенным поведением, которые заводят постоянных друзей, проявляют альтруистическое поведение, чувствуют вину и раскаяние, воздерживаются от обвинения других и проявляют заботу о других. Эти индивидуумы с социализированным РП обычно старше и меньше вовлечены в такие агрессивные антисоциальные поступки, как кражи, прогулы и прием спиртных напитков. Их можно рассматривать как «хорошо приспособленных преступников», которые в пределах своей субкультуры не считаются отклоняющимися.

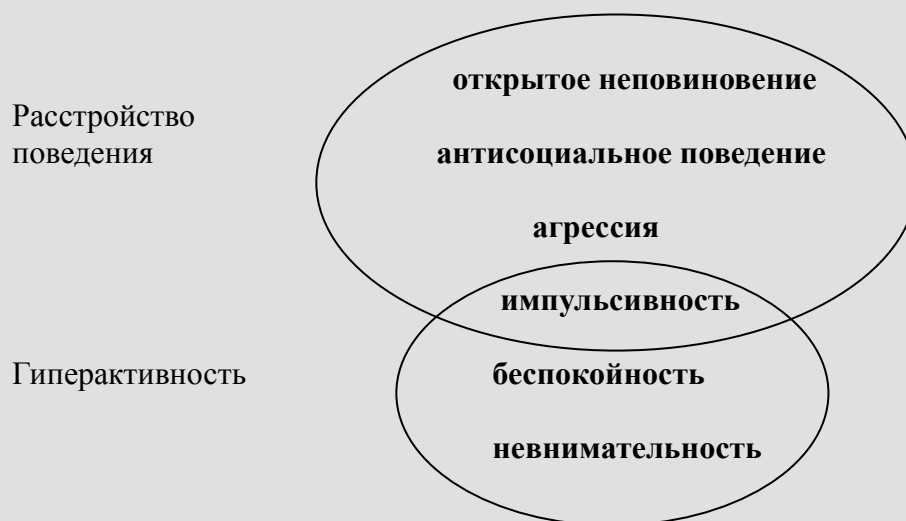
Дифференциальный диагноз

Обычно по поводу диагноза не бывает больших сомнений, если детальная информация получена более чем из одного источника. Множество информантов жизненно важно, поскольку проблемы с поведением могут возникать только в одной обстановке, например только дома или только в школе. Эпидемиологические исследования показали, что между учительскими и родительскими оценками проблем с поведением корреляция довольно слабая.

При дифференциации следует учесть следующие диагнозы:

- (1) **Расстройство адаптации**⁹. Может быть диагностировано, когда симптомы появляются вскорости после воздействия идентифицируемого психосоциального стрессора, такого как развод, тяжелая утрата, усыновление, травма или жестокое обращение (соответственно МКБ-10 - в течение одного месяца, а соответственно DSM-IV - в течение трех месяцев), и симптомы не продолжают более чем шесть месяцев после прекращения стресса или его последствий.
- (2) **Гиперактивность**. Расстройство поведения может быть ошибочно принято за гиперактивность и наоборот. Это отчасти обусловлено частичным перекрытием симптомов, как показано во вставке 6.3. В состав чистой гиперактивности не входят открытое неповиновение, агрессия и намеренно антисоциальное поведение. В клинических выборках РП и гиперактивность часто сочетаются, и тогда имеется опасность пропустить гиперактивность.
- (3) **Нормальный ребенок**. Поведение ребенка в пределах нормы, но у родителей или учителей нереалистично высокие ожидания.
- (4) **Субкультурное отклонение**. Некоторые молодые люди антисоциальны, но не особенно агрессивны или вызывающи, и в отклоняющейся от нормы культуре сверстников, где одобряется употребление наркотиков, кражи из магазинов и т.п., они хорошо адаптированы. Им мог бы быть поставлен диагноз социализированного РП по МКБ-10, но можно утверждать, что ошибочно относить к патологии то, что можно рассматривать как вариант культуры.
- (5) **Аутистические расстройства**. Часто сопровождаются выраженными вспышками гнева и деструктивностью, и эти проблемы с поведением иногда бывают главной причиной направления к врачу.

Вставка 6.3: Симптомы гиперактивности и расстройства поведения перекрываются



Эпидемиология

РП диагностировано у 4% детей на острове Уайт, а многие последующие исследования показали даже еще более высокие частоты. Распространенность особенно высока в бедных районах старой части городов. У мальчиков расстройство поведения встречается примерно в три раза чаще, чем у девочек. РП сопутствует более низкий социально-экономический статус (включающий множество переменных), и большой размер семьи. Возраст начала может существенно различаться. Исследование в Дунедине выявило четкое различие между поведенческими симптомами при раннем и позднем начале. Раннее начало (обычно между 3 и 7 годами) обнаружено у 7% популяции; оно приводило к картине устойчивого антисоциального и преступного поведения, которое продолжалось во взрослом возрасте, так что, когда участники были обследованы последний раз в возрасте 30-40 лет, никакого улучшения не было. При такой картине, *устойчивой на протяжении жизни, с ранним началом*, характерен повышенный уровень многих факторов риска в детстве; их можно разделить на воспитательные факторы риска (родитель младше 20 лет, суровая и непоследовательная дисциплина, семейные конфликты, проблемы с психическим здоровьем у матери, замены основного воспитателя) и нейрокогнитивные (гиперактивность, сниженный IQ, плохая память, плохие моторные навыки, более низкая частота сердечных сокращений) факторы риска. Позднее начало (обычно между 13 и 15 годами) обнаружено у других 7% популяции; и если в позднем отрочестве эта группа в целом совершала такое же количество антисоциальных поступков, как и группа с ранним началом, то ближе к тридцати годам у них этот уровень снизился наполовину (но не опустился до нормы). В группе с поздним началом воздействие воспитательных или нейрокогнитивных факторов риска было не больше, чем в популяции в целом.

Причины

Гены или среда?

РП обычно скапливаются в семьях, и сравнительно с другими детскими психическими расстройствами, разделенная среда влияет на них пропорционально больше, чем разделенные гены. Так, хотя близнецовые исследования обнаружили высокую конкордантность монозиготных пар, конкордантность дизиготных пар тоже высока. Исследования приемных детей показа-

ли, что влияние биологических родителей меньше, чем приемных. Однако в них обнаружен сильный эффект взаимодействия, в соответствии с которым сочетание склонности к трудному темпераменту (на что указывает наличие родителей - правонарушителей или алкоголиков) с неблагоприятной окружающей средой (на что указывает наличие приемных родителей - правонарушителей или алкоголиков) приводит к гораздо более высокой частоте антисоциального поведения и преступности, чем можно было бы ожидать при сложении этих факторов (см. вставку 29.2). Это дает почву для некоего терапевтического оптимизма, поскольку даже если у ребенка от рождения темперамент представляет значительный фактор риска, но воспитание и общая обстановка выращивания благоприятны, дела могут идти относительно хорошо. Однако, по-видимому, в развитии антисоциальной личности и преступности у взрослых генетические влияния играют гораздо большую роль. Цитогенетические исследования до сих пор дали не так много, и исследования отдельных случаев, сообщающие о том, что индивидуумы с кариотипом ХУУ особенно подвержены тяжелой агрессии, не подтвердились при обследовании выборок из популяции. Начинают появляться молекулярно-генетические исследования. Например, исследование в Дунедине выявило интересное взаимодействие гены – среда, в соответствии с которым у детей с одним конкретным вариантом гена моноаминоксидазы А повышен риск развития антисоциального поведения, но только если они получили относительно плохое воспитание (наихудшая треть популяции); в других случаях повышенного риска антисоциального поведения нет.

Присущие ребенку механизмы

Конституциональные характеристики. В числе предполагаемых - дисбаланс нейротрансмиттеров, избыток гормонов (особенно тестостерона) и метаболические изменения, такие как низкий холестерин. Здесь также аномальные формы возбуждения - невозможность успокоиться после фрустрации. Единственные результаты, которые надежно воспроизводятся – то, что у некоторых детей с расстройством поведения более низкая частота сердечных сокращений и сниженный уровень возбуждения в целом. Тем не менее младенцев, темперамент которых классифицирован как «трудный», впоследствии чаще направляют к врачу из-за проблем, связанных с агрессией. У детей с расстройствами неврологического развития, такими как церебральный паралич и эпилепсия, чаще бывают проблемы, связанные с неповиновением и раздражительностью, но риску тяжелого антисоциального поведения они подвержены не больше, чем другие дети.

Психологические процессы. У агрессивных детей было обнаружено значительное искажение когнитивной атрибуции, так что они чаще воспринимают нейтральные действия других как враждебные. По мере того, как ребенка все больше не любят и отвергают сверстники, вероятность видеть вещи таким образом возрастает. Социальные навыки отсутствуют. Эмоциональные процессы у детей с РП изучены мало, однако самооценка часто низкая и этому обычно сопутствует печаль. Роль академических достижений обсуждается выше.

Ближайшая окружающая среда

- (1) **Психическое расстройство родителя.** Это важное влияние, но оно в основном опосредуется супружеским разладом и практикой воспитания ребенка и ни для какого психического заболевания родителей не является специфическим.
- (2) **Родительская преступность.** Применимы сходные соображения, относящиеся к окружающей среде.
- (3) **Практика воспитания ребенка.** РП тесно связано с разладом между родителями, враждебностью, направленной на ребенка, недостатком тепла и недостатком участия. И хотя эти факторы в некоторой степени могут быть реакцией на поведение ребенка, в исследованиях с прослеживанием и вмешательством показано, что они играют причинную роль, вызывая и поддерживая расстройство у ребенка. Недостаточный надзор и непоследовательная дисциплина

плина также отчетливо связаны с РП, может быть потому, что ребенку не предоставляется возможность узнать на опыте и выучить предсказуемые социальные правила. Суровая дисциплина также связана с РП.

- (4) **Образцы взаимодействия родитель-ребенок.** Мелкозернистый анализ Паттерсона (Patterson, 1994) показал, что деструктивное поведение детей нарастает, если оно дает им возможность получить больше внимания, избежать неприятных требований или чаще поступать по-своему. Реагируя таким образом, который поощряет деструктивное поведение, и недостаточно поддерживая социально приемлемое поведение, родители обучают своих детей вести себя антисоциально. Вмешательство с целью прервать этот цикл оказалось эффективным.
- (5) **Сексуальное насилие** может привести к появлению проблем с поведением у девочек или мальчиков, которые раньше таких проблем не имели.

Более широкая среда

- (1) **Школьные факторы.** Показано, что они влияют на частоту РП независимо от домашних условий: в плохо организованных, недружественных школах, при низких моральных принципах преподавателей, высокой текучести кадров и плохом контакте с родителями частота РП выше, даже в тех случаях, когда учтены характеристики контингента учащихся.
- (2) **Более широкие социальные влияния.** Несмотря на то, что проблемы с поведением связаны с перенаселенностью, плохим жильем и бедными районами, до сих пор неясно, являются ли эти факторы причинами или просто маркерами других семейных или социально-экономических переменных. Преобладающий в сообществе набор ценностей, при котором молодые люди получают почет и славу за воровство, ношение ножей и прогуливание и добиваются «уважения» других пугающим насилием, сопровождается большей выраженностью расстройств поведения у жителей этого района.

Оценка

Следует детально выяснить тяжесть и частоту вызывающих, агрессивных и антисоциальных поступков примерно за последний месяц. У некоторых родителей есть склонность каталогизировать все «плохое» что было сделано за последний год или даже с рождения. Следует столь же подробно расспросить о внимании и активности (см. главу 5), так как гиперактивность – обычное и легко пропускаемое сопровождение (или дифференциальный диагноз) проблем с поведением. Стоит спрашивать и об импульсивности, хотя она может входить в состав и гиперактивности, и проблем с поведением. Не забудьте спросить об эмоциональных симптомах, особенно про несчастье и печаль. Часть проблем может происходить из обстоятельств, расстраивающих ребенка: например, отец, который часто не является на положенные свидания, или мать, которая, похоже никогда не оценивает ребенка высоко, как бы сильно он ни старался. Силу такой озабоченности можно обнаружить только в ходе индивидуального интервью с ребенком, и ее легко пропустить, если всегда принимать всю семью вместе.

Следует подробно расспросить о практике воспитания, с детальнейшим отчетом о том, что случилось до, во время и после недавнего эпизода проблемного поведения. Кто оказался «победителем»? Что было сказано? Сколько времени понадобилось, чтобы отношения пришли в норму? Спросите: в целом, сколько похвалы и поощрения дается за конструктивное поведение и сколько времени тратится на совместные занятия? Получите подробные недавние примеры. Попытайтесь измерить чуткость родителей по отношению к настроениям и потребностям ребенка, и в какой степени они учитывают их, когда договариваются о том, как уладить разногласия, и когда планируют жизнь ребенка.

Учитывайте эмоциональный настрой родителей и их отношение к ребенку. Может быть полезным спросить о хороших качествах ребенка. Есть ли какое-то тепло и одобрение, несмотря на трудности ребенка, или настрой полностью отрицательный? Могут быть обнаружены мощные убеждения, к которым необходимо обращаться, чтобы лечение шло успешно; например, «У него в голове что-то не в порядке» или «Он в точности как его отец. Тот тоже был испорченный».

Прямое наблюдение родителей и детей бесценно для того, чтобы получить образец их взаимодействий, пусть даже и в нетипичных обстоятельствах. Устанавливаются ли четкие границы, или ребенку практически все сходит с рук? Например, как реагируют родители, когда ребенок пытается покинуть помещение? Хорошее поведение хвалят или игнорируют? С ребенком обращаются чутко?

Совершенно необходим школьный рапорт, охватывающий антисоциальное поведение, способность концентрировать внимание и сидеть спокойно, отношения со сверстниками и достижения в учебе, в т.ч. и результаты тестов. Бывают случаи, когда проблемное поведение в классе занимает столько времени учителя, что значительные трудности в чтении могут быть просмотрены или расценены как простое следствие плохого поведения.

Лечение

Направленное на ребенка

- (1) **Модификация поведения** может быть очень эффективна для изменения одного или двух специфических видов антисоциального поведения, но обычно не распространяется на все поведение.
- (2) **Тренинг навыков решения проблем и тренинг социальных навыков.** И то и другое имеют определенный, однако пока весьма умеренный эффект.
- (3) **Индивидуальная психотерапия** обычно бесплодна, так как эти дети плохо понимают, почему они ведут себя таким образом. Более того, когда они могут установить, что их расстраивает, они не в состоянии изменить это или найти другой способ совладания.
- (4) **Медикаментозное лечение и диета.** Когда дети с расстройством поведения еще и гиперактивны, может быть целесообразно назначить медикаментозное лечение или диету в связи с их беспокойностью и невнимательностью (см. главы 5 и 34). В тех случаях, когда медикаментозное лечение стимуляторами снижает беспокойность и невнимательность, оно вполне может также снизить неповиновение, агрессию и антисоциальное поведение. Нет никаких свидетельств о том, что стимуляторы уменьшают проблемы с поведением у детей без сопутствующей гиперактивности. Есть некоторые данные о том, что детям с взрывными вспышками ярости в ответ на минимальную провокацию, которым не помогло соответствующее психологическое ведение, может быть полезен литий, но его очень редко прописывают с этой целью и у него широкий спектр потенциально серьезных побочных эффектов. В тех случаях, когда диета помогает при гиперактивности, она часто уменьшает и раздражительность.

Направленное на семью

- (5) **Семейное консультирование и социальная работа** совершенно необходимы, чтобы обратиться к более крупным деструктивным влияниям и таким образом подготовить почву для более специфической терапевтической работы.

- (6) **Семейная терапия** используется часто, но едва ли оценивалась. Судя по клиническому опыту, она часто полезна для довольно хорошо функционирующих семей, где родители после всего лишь нескольких сеансов смогут улучшить эмоциональный климат и сотрудничать при установлении четких границ своему ребенку; она менее полезна для хаотичных, дезорганизованных семей, которым не достает навыков совладания.
- (7) **Тренинг родителей по управлению** – наилучший из признанных подходов, его эффективность подтверждена при помощи количественных оценок в рандомизированных контролируемых испытаниях. Оно побуждает родителей обращать внимание на желательное поведение и не впутываться в многословные состязания по перебранке; способствует положительным аспектам взаимоотношений родителя с ребенком, кроме того, родителей обучают эффективным методикам обращения с нежелательным поведением. Его можно предоставлять более экономно – в группах, сохраняя при этом эффективность.

Направленное на сообщество

- (8) **Программы предупреждения** в настоящее время проходят оценивание. Величина эффектов обычно умеренная, хотя это может быть полезно для населения в целом.

Непрерывность и исход

- Направленная вперед непрерывность: 40% детей с РП становятся молодыми совершеннолетними делинквентами с продолжающимися проблемами с поведением и нарушенными взаимоотношениями.
- Направленная назад непрерывность: у 90% молодых совершеннолетних делинквентов в детстве было РП.

Факторы, предсказывающие исход

- **У ребенка:** Плохой исход предсказывается ранним началом, широким спектром и большим суммарным числом симптомов, большей тяжестью и частотой отдельных симптомов, устойчивостью в различных ситуациях (дом, школа и другие) и сопутствующей гиперактивностью. И, напротив, при наличии проблемного поведения только в одной области, например при одной агрессивности, прогноз хороший при условии, что нет проблем в других областях, включая взаимоотношения со сверстниками и достижения в учебе. Здесь важно наличие или отсутствие констелляции проблем.
- **В семье:** Плохой исход предсказывается психическим расстройством родителя, родительской преступностью, сильной враждебностью и серьезным разладом, обращенным на ребенка.

Типы исхода во взрослом возрасте

- **Гомотипичная** непрерывность чаще встречается у лиц мужского пола (т.е. симптомы во многом остаются те же): агрессивность и насилие, антисоциальная личность, алкоголь, наркотики; преступность.
- **Гетеротипичная** непрерывность чаще встречается у лиц женского пола (т.е. начинают преобладать симптомы другого вида): широкий спектр эмоциональных и личностных расстройств, меньше агрессивность и преступность.

У индивидуумов с РП в истории болезни, помимо повышенного психиатрического и судебного риска, во взрослом возрасте больше вероятность и социальных нарушений: у них чаще почти никаких образовательных квалификаций, плохая история трудоустройства и нарушенные социальные отношения, например больше супружеских разрывов.

Обзоры по теме

Bloomquist M.L., Schell S.V. (2002) *Helping Children with Aggression and Conduct Problems*. Guilford Press, New York.

Earls F., Mezzacappa E. (2002) Oppositional-defiant and conduct disorders. In: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Blackwell Science, Oxford. pp. 419-436.

Hill J., Maughan B. (2001) *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Cambridge University Press, Cambridge.

Дополнительное чтение

Rutter M. et al (1998) *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge University Press, Cambridge

Scott S. et al (2001) Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ*, 323, 191-194.

Scott S. et al (2001) Multicentre controlled trial of parenting groups for child antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ*, 323, 194-197.