

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	7
ОТ АВТОРА	9
Глава 1. ПОНИМАНИЕ ДЕТСКИХ ПРОБЛЕМ.....	10
Дети — развивающиеся организмы.....	16
Эпидемиологические данные.....	17
Выявление психиатрического нарушения.....	19
Нарушение.....	22
Диагностика	26
Уровень интеллекта	29
Клинические психиатрические синдромы	31
Принципы и логическое обоснование классификации	37
Диагностическое заключение	43
Синдромы	44
Глава 2. РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА	60
Биологическое обоснование развития	60
Младенчество и первый год жизни.....	67
Второй год жизни	76
Период от двух до пяти лет	82
Младший школьный возраст.....	98
Подростковый возраст	107
Глава 3. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ	119
Половые различия	119
Особенности темперамента	126
Способы влияния темперамента на развитие.....	134
Хронические соматические заболевания и физические дефекты ...	142
Церебральные расстройства.....	144
Скрытое соматическое заболевание	155
Наследственность	159
Глава 4. ВНУТРИСЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ.....	161
Роль семьи в становлении личности ребенка.....	162
Роль дисциплины в формировании стиля поведения.....	167
Дисциплина и ее роль в воспитании детей	169
Чрезмерные ограничения и опека	173
Внутрисемейные модели общения и доминирования	178
Разлука с семьей и утрата близких.....	182
Распавшаяся семья и внутрисемейные неурядицы.....	193
Семьи с одним родителем.....	201
Отсутствие эмоциональных связей	203
Отклонения от нормы у родителей	209
Отсутствие стимулирующего окружения.....	213
Состав семьи	216
Влияние детского опыта родителей на воспитание детей.....	217

Глава 5. СООБЩЕСТВА, ШКОЛЫ, ГРУППЫ СВЕРСТНИКОВ.....	220
Территориальная специфика	220
Субкультурная преступность	226
Классификация по социальному признаку	228
Миграция	229
Школа	235
Взаимоотношения с группой сверстников	248
Глава 6. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	254
Страхи, фобии и тревожные состояния	256
Депрессия	267
Другие эмоциональные расстройства	272
Глава 7. АГРЕССИЯ, ГИПЕРАКТИВНОСТЬ И ДЕЛИНКВЕНТНОСТЬ.....	282
Различные формы поведенческих нарушений	285
Поведенческие нарушения, требующие психиатрического вмешательства	296
Гиперкинетический синдром	310
Глава 8. ПСЕВДОДОСТИЖЕНИЯ, ТОРМОЖЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ И ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ	317
Учебные псевдодостижения	317
Понятие «псевдодостижений»	319
Специфическая задержка чтения	325
Задержки развития	326
«Дизлексия»	338
«Эмоциональные блоки»	340
Торможение обучения	341
Ночной энурез	344
Энкопрез	349
ГЛАВА 9. РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ.....	354
Психотерапия	356
Групповая терапия с родителями и детьми	373
Социальная помощь	376
Бихевиоральная терапия	380
Медикаментозное лечение	403
Специальные школы, стационары и другие учреждения	407
Комплексное лечение	409
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	415
БИБЛИОГРАФИЯ	416

Предисловие

Эмоциональные и поведенческие проблемы в детстве — явление обычное. В этой связи в практике тех, кто работает с детьми, случаи осложнений психического развития — отнюдь не редкость. Большая часть этих осложнений — лишь незначительное отклонение от нормы, а не симптом психического заболевания. Цель данной книги — рассмотреть теоретические основы и принципы коррекции подобных «обыденных» расстройств. Поскольку книга главным образом рассчитана на широкий круг читателей и специалистов без психиатрического образования, работающих с детьми, в ней рассматриваются различные осложнения психического развития, типичные для самых обыкновенных детей. Более тяжелые и редкие психические расстройства, с которыми в основном имеет дело персонал психиатрических клиник, не учитываются.

Для большей четкости изложения теоретических подходов и способов оказания помощи нуждающимся в ней детям тема обсуждения сильно ограничена. В данной работе обсуждаются по большей части расстройства младших школьников, которые не нуждаются в клинических методах коррекции. В этой связи нарушения психического развития дошкольников, старших подростков, умственно отсталых детей и детей-инвалидов из специальных школ или интернатов не принимаются в расчет. Тем не менее, теоретический и коррекционный материал, несомненно, будет полезен и при работе со всеми вышеперечисленными категориями детей.

Причины возникновения осложнений психического развития кроются не только в самом ребенке, сказывается также влияние семьи, школы и социальной среды. Именно поэтому диагностика и терапия психических расстройств детей подразумевает междисциплинарный подход. Большинство описанных в данной книге приемов терапевтического воздействия были разработаны и применены на практике психологами и социальными работниками, а не психиатрами. Все эти специалисты работали на равных, их профессиональные качества позволили проделать огромную работу. Поэтому, за исключением тех случаев, где мне хотелось подчеркнуть особый

вклад какого-то одного из указанных направлений, я пользовался терминами «консультант» или «психотерапевт», подразумевая работу всей психотерапевтической команды в целом.

То, что ребенка направили на консультацию в психиатрическую клинику, необязательно означает, что это сделано из-за его поведения. У ребенка может и не быть никаких проблем. В первой главе изложены принципы диагностики психических нарушений у детей и определения характера обнаруженных расстройств. В следующих четырех главах детально описывается ряд факторов, на которые следует обращать внимание при диагностике. К ним относятся: общие закономерности психического развития ребенка, его индивидуальные особенности, характеристики семьи, а также более широкого социального окружения ребенка — школы и компании друзей. Последующие три главы посвящены описанию наиболее распространенных осложнений психического развития у детей, и, наконец, в последней главе обобщаются важнейшие аспекты, необходимые для правильного планирования терапевтического воздействия. Читатели часто бывают недовольны тем, что психиатрическая литература переполнена научной терминологией, необоснованными теоретическими положениями и слишком неясными обобщениями. Я старался избегать этих недостатков и по мере возможности использовал простой язык, ссылки на общеизвестные факты и примеры из практики. Истории болезней взяты из общих исследований и из больничных карт пациентов. Все встречающиеся в книге имена детей изменены, также как и их семейные обстоятельства, реальным осталось лишь описание особенностей их психического развития.

Чтобы избежать утомительного разграничения детей по половому признаку, и мальчики, и девочки обозначаются по тексту местоимением «он». Что касается психотерапевтов, то обозначение их половой принадлежности соответствует действительности. Реальный пол ребенка называется в тексте в том случае, когда заболевание носит исключительный характер и это необходимо, чтобы указать на особенности того или иного осложнения, присущего лишь данному полу.

В конце работы дается небольшой список использованной литературы. Для подтверждения того или иного факта в тексте есть много ссылок на результаты клинических исследований, основанных на конкретном опыте, а не на предположении или гипотезе.

От автора

В течение многих лет я работал в междисциплинарной команде в детской психиатрической клинике. Благодаря общению со специалистами других профилей, с которыми мне приходилось сотрудничать в эти годы, я пришел к более глубокому пониманию детей и их проблем. Выражаю особую благодарность социальным работникам — Фрейде Суссенвейн и Дафне Холбрук, психотерапевтам Мишелю Бергеру, Вильяму Юли и Эврилу Сильверу, с которыми мне пришлось довольно долго работать вместе. Они проделали огромную работу с детьми и их семьями, которым была необходима помощь. Многие из поставленных ими диагнозов и использованных приемов приведены на страницах этой книги. Во время ее написания каждый из них давал какой-нибудь совет или делал критические замечания. Полезные предложения также поступили от Энтония Кокса, Лионела Херсова, Дэвида Клинтона, Дэвида Шеффера и Селии Туплен. Моя жена, Мэджори, оказала бесценную помощь, наведя порядок в рукописи для сдачи в печать.

Я выражаю признательность Джою Мэксвелу, Дэнуту Вотолато и Киму Брауну, а также Джою Максвеллу за работу над ссылками и помощь в составлении указателя.

Глава 1

ПОНИМАНИЕ ДЕТСКИХ ПРОБЛЕМ

Согласно многочисленным исследованиям, различные проблемы психологического характера, а также эпизодические эмоциональные и поведенческие нарушения встречаются у многих детей довольно часто (166, 177). Эти осложнения в большинстве случаев являются составной частью процесса развития и не должны причинять особого беспокойства. Однако у некоторых детей могут иметься психические расстройства, искажающие процесс нормального развития и требующие лечения, но совсем не обязательно у психиатра. Выявление таких расстройств является одной из первостепенных задач, которую необходимо решить при первичном обследовании ребенка. Конечно, уже сам факт обращения к врачу означает, что состояние ребенка кого-то беспокоит и это не следует упускать из внимания. Мнение, что причиной подобной тревоги является только психическое заболевание, может быть ошибочным. Беспокойство родителей может быть вызвано проявлениями абсолютно нормального процесса развития, а может оказаться, что незначительные отклонения в поведении ребенка используются как повод, чтобы обратиться за помощью в связи с серьезными внутрисемейными проблемами.

Симптомы — то, на что жалуются люди, обращаясь к врачу, — могут нести самую разнообразную смысловую нагрузку. Это подробно описано в книге Каннера (60). Во-первых, симптомы могут выполнять роль «входного билета», свидетельствуя о наличии какой-то проблемы, которую следует изучить. Во-вторых, они могут быть сигналом того, что что-то не так с ребенком. В-третьих, они могут функционировать наподобие клапана, точно так же, как реакции протеста или защиты, возникающие в ответ на ситуацию давления. В-четвертых, с их помощью могут разрешаться внутренние проблемы, например, когда ребенок, жалуясь на боль в животе, остается в постели, пытаясь тем самым снять беспокой-

ство, вызванное разочарованиями в школе. Конечно, описанный способ разрешения проблемы не является самым лучшим, но он имеет для нас значение, так как наша первая задача — понять, что же служит причиной зарождения симптома. В-пятых, симптомы отклоняющегося поведения очень неприятны для окружающих и раздражают домашних так же, как драки и агрессивное поведение — школьных учителей.

Как правило, первую информацию о жалобах или симптомах при обследовании врач получает вовсе не от ребенка, а от его родителей, учителей или кого-то другого, кого стало беспокоить поведение ребенка. Из этого следует, что во всех случаях следует начинать с изучения обстоятельств того, каким образом ребенок попал в клинику. Надо найти ответы на следующие вопросы: кого обеспокоило состояние ребенка? Почему оно обеспокоило этого человека? Почему оно обеспокоило его именно в данный момент, а не раньше?

Хотя у большинства детей, которых приводят в клинику, действительно обнаруживаются психические расстройства, оказалось, что родственники ребенка часто обращаются к врачу из-за нарушенного поведения ребенка или из-за неких обстоятельств, связанных с самими родителями или семьей в целом. Сравнительное исследование детей, посетивших клинику, с теми, кто клинику не посещал, но имел похожие нарушения, показало, что матери детей из первой группы в большей мере обеспокоены их состоянием и сами чаще страдают нервно-психическими расстройствами. Также было замечено, что в клинической группе оказалось больше детей из распавшихся семей (177). Таким образом, при диагностике нарушений психического развития ребенка необходимо в равной мере учитывать как социальный контекст и обстоятельства обращения к врачу, так и состояние самого ребенка.

Чтобы проиллюстрировать необходимость понимания причин, которые приводят детей к врачу, приведем два примера из нашей практики. Так, в первом случае обратившаяся к нам мисс Смит попросила посмотреть ее четырехлетнюю дочь Рабель. У матери было много жалоб на ребенка, однако ни одна из них не показалась нам достаточно серьезной. Повышенная с точки зрения мисс Смит возбудимость Рабели была всего лишь проявлением обычной жи-

ности ребенка, ее «приступы ярости» — обыкновенной формой утверждения детской индивидуальности, а «проблемы со сном» были вызваны тем, что девочку слишком рано укладывали спать. Беседа с матерью обнаружила ее тяжелое депрессивное состояние и к тому же пристрастие к алкоголю. Все это было причиной растущего раздражения и неприязни женщины к собственному ребенку. Мисс Смит не давала покоя мысль, что ее личные проблемы не позволяют ей быть хорошей матерью, визит к врачу по поводу Ракели и был спровоцирован возникшим беспокойством.

Во втором рассматриваемом случае в клинику было направлено сразу несколько детей. Регулярно, в течение некоторого времени от директора специальной школы поступали просьбы проконсультировать его учащихся. И хотя все направленные к нам мальчики имели вполне явные нервно-психические расстройства, мы недоумевали, почему их в таком количестве направили к нам почти одновременно. Все стало понятным, когда выяснилось, что в школе имели место серьезные конфликты между персоналом. Конечно, каждый ребенок нуждался в помощи, но и школа таким непрямым способом просила помочь разобраться в собственных проблемах.

Из всего сказанного можно сделать вывод, что вопрос заключается не в том, «кто болен» или «кто виноват», а в том, чтобы правильно определить суть проблемы и обстоятельства ее возникновения. Однако, поскольку при обращении за помощью к врачу жалобы и беспокойства почти всегда вызваны определенными особенностями детского поведения, нам удобно начать с обсуждения общих принципов его оценки.

Обратимся к результатам обследования двух десятилетних мальчиков, полученные при широком популяционном исследовании. До этого ни тот, ни другой не был у психиатра, тем не менее, у обоих имелись определенные психологические проблемы. И хотя оба ребенка страдали каждый по-своему, мы пришли к заключению, что лишь один из них имеет серьезное расстройство, требующее лечения.

После того, как Гордону пришлось перейти в новую школу, у него появились нервные тики в виде подергивания плечами и скрипения зубами. Эта привычка проявлялась только в учебное время. Когда он нервничал, она становилась более заметной, а ког-

да играл — исчезала. Наконец, в течение последних месяцев учебы в этой школе тики ребенка стали постепенно ослабевать.

Потом Гордону снова пришлось поменять школу, и вскоре после этого у него возник «нервный кашель», который, подобно тикам, усиливался в минуты волнения. Кашель сохранялся в течение нескольких месяцев и потом прошел. Кроме того, после перемены мест учебы он начал кусать ногти. Во всем остальном это был вполне благополучный ребенок, не обремененный какими бы то ни было страхами или тревогами. Он дружил со многими детьми, и в семье мальчика была благоприятная атмосфера. После школы он обычно играл в футбол, и за ним часто заходили приятели. Иногда он ссорился и даже дрался с братьями, но в целом их отношения были неплохими. Гордона отличали добродушный характер, независимое поведение и полное отсутствие желания демонстрировать физическую силу. Он умел хорошо сосредотачиваться и нормально учился в школе. Отцу мальчика были свойственны ироничность, сдержанность, а также некоторая тревожность. Особенно трепетно он относился к собственной работе. Иногда это провоцировало в нем проявления раздражительности. Характер матери Гордона по сравнению с отцовским был более легким.

Таким образом, Гордон был в общем нормальным, вполне приспособленным ребенком. Он лишь испытывал некоторую тревогу и напряжение в связи со сменой школ. Серьезным отношением к учебе мальчик походил на отца, а из-за того, что он умел подавлять свои переживания, его беспокойство из-за школы стало проявляться в нервных тиках. По мере привыкания к новой школьной обстановке его тревожность снижалась, а тики постепенно проходили. В период этих эмоциональных проблем психическое и социальное развитие ребенка оставалось нормальным и не имело особых осложнений. Все это позволило предположить, что у Гордона, несмотря на имевшиеся проблемы приспособления к новой школьной ситуации, серьезного расстройства, требующего психиатрического вмешательства, не было.

Тоби, в отличие от Гордона, всегда был проблемным ребенком. Его с младенчества отличал нервный, неуравновешенный, ранимый и тревожный характер, он всегда плохо спал. Родителей мальчик раздражал бесконечными вопросами, кроме того, он не

испытывал к ним особой привязанности и был слишком замкнут. Все это создавало бесчисленные препятствия нормальным взаимоотношениям родителей с Тоби, они сердились на него гораздо чаще, чем на других своих детей. Когда Тоби было около трех лет, родители обратились к детскому врачу с жалобами на плохой сон ребенка, излишнюю замкнутость и проблемы воспитания вообще. Когда педиатр предложил родителям пройти консультацию у психиатра, они не последовали его совету.

Родителей Тоби больше всего беспокоила его тревожность, вызванная необходимостью посещения школы, разлукой с матерью и общением с незнакомыми людьми. В сильном волнении он начинал задавать бесконечные вопросы как бы в поисках утешения и поддержки. Однако такое поведение обычно лишь раздражало окружающих. Часто от страха и беспокойства его охватывала паника, он ломал предметы и становился бесконтрольно агрессивным. Тоби боялся темноты, и ночью для него приходилось оставлять включенным свет. По ночам он часто звал мать. При встрече с новыми людьми (только в этом случае) мальчик начинал заикаться и ни слова не мог произнести без запинки. Он был очень привередлив в еде, а пищу, которая ему не нравилась, часто перекладывал в тарелку отца.

Тоби был беспокойным, расторможенным ребенком. Он не был способен чем-то занять себя и обычно слонялся из угла в угол. У него было несколько друзей, но он постоянно с ними ссорился, ревновал к другим детям, был излишне драчлив и часто жаловался на то, что его не берут с собой играть. Он редко улыбался, имел несчастный вид и по долгу сохранял мрачное расположение духа. Помимо прочего, у него была навязчивая боязнь микробов и настолько сильная, что в последние два года он мыл руки никак не меньше тридцати раз на день: перед тем, как поставить на огонь чайник, прежде чем взяться за тарелку или перед предстоящим рукопожатием. Он избегал посещения людных мест, а если ему казалось, что его хотят заставить сделать это, он начинал биться в истерику и визжать. Регулярные стычки с отцом особенно участились в последние пять лет, с тех пор, как у родителя обнаружилось серьезное нервное заболевание, провоцирующее эпизодические головокружения.

Отец Тоби страдал от чувства одиночества. Часто он оставался в неподвижности, остановив взгляд в одной точке. С ним нередко случались сильные приступы гнева, также у него имелись многочисленные фобии. Незадолго до консультации он перенес тяжелый приступ депрессии, сопровождающийся бессонницей и беспочвенным чувством ревности. Отношения с женой постепенно ухудшались, и ссоры стали обыкновенным явлением.

Мать Тоби два года назад обращалась к психиатру с жалобами на депрессию и общее состояние подавленности. У нее был выражен страх темноты и пауков.

Не было никаких сомнений, что у Тоби имелось достаточно серьезное психическое расстройство. Его состояние нельзя было сравнить с состоянием Гордона. Симптомы носили устойчивый характер, были более разнообразными и ярко выраженными. Общий ход психического развития был нарушен. Оказав губительное воздействие на социальную жизнь ребенка, болезнь отразилась в многочисленных проявлениях в его повседневном поведении.

Жалобы на проблемы воспитания Тоби были свидетельством того, что родителям было значительно сложнее любить его, нежели остальных своих детей. Когда их что-то раздражало, виноватым всегда считался Тоби. Поскольку оба родителя страдали явными психическими расстройствами, очевидно, что и Тоби мог унаследовать повышенную чувствительность к воздействию психологических факторов. В то же время можно отметить, что его симптоматика получила свое развитие вслед за появлением невротических расстройств у матери и параллельно с моментом осложнения обстановки в семье и ухудшением характера отца.

Как бы ни были значимы генетические факторы, нарушение отношений в семье сыграло важную роль в возникновении психологических проблем ребенка. Изучение того, как это могло произойти, стало бы одной из задач диагностики в том случае, если бы Тоби получал клиническую помощь. И хотя он не получал такой помощи, вряд ли можно было сомневаться в необходимости лечения.

На практике не всегда бывает все настолько очевидно, как в случае с Тоби, поэтому перейдем к рассмотрению основных фак-

торов, которые следует принимать во внимание при диагностировании психических нарушений у детей.

Дети — развивающиеся организмы

Прежде всего, следует отметить, что рост и развитие ребенка — постоянный и непрерывный процесс, поэтому любая оценка должна строиться в соответствии с этим фактором. Это означает, что клиницистам необходимо хорошо разбираться в закономерностях психического развития ребенка, как в норме, так и в патологии. Дети ведут себя по-разному в зависимости от возраста, поэтому нужно уметь правильно распознавать поведение, соответствующее тому или иному возрастному этапу.

Наряду со знанием возрастных особенностей поведения необходимо уметь определять границы индивидуальных различий, так как все дети очень разные. Также следует учитывать, что многие периоды психического развития обычно сопровождаются переживанием различных стрессов и эмоциональных волнений, задача заключается не только в выявлении того, в какой момент развития произошло то или иное событие, не менее важно разобраться, как оно произошло, и какие из психических процессов были затронуты.

Наконец, при любой психиатрической оценке необходимо решить вопрос о степени воздействия выявленной симптоматики на течение процесса развития ребенка вообще. Для этого нужно располагать знаниями о самом процессе развития. Обзор результатов некоторых исследований и обсуждение ряда вопросов, касающихся психического развития ребенка, будут представлены во второй главе.

Психические расстройства детей следует анализировать с точки зрения общей истории заболевания. Это необходимо, потому что дети постоянно развиваются и изменяются. Поэтому нельзя ограничиваться лишь констатацией проблем ребенка в момент обращения к врачу, необходимо также выяснять, каким был ребенок до их возникновения и какие ухудшения или улучшения его состояния происходили.

В истории развития болезни следует также определять как факторы, являющиеся ее первопричиной, так и факторы, способствующие сохранению расстройства. Они могут быть совершенно разными, поэтому, исходя из характера проблемы ребенка, всегда необходимо особенно внимательно анализировать воздействия, существующие здесь и сейчас.

Эпидемиологические данные

Прежде чем обратиться к вопросу диагностики нарушений психического развития, необходимо составить представление о размерах и сути проблемы. Мы не приводим точные цифры, но исходим из того, что детские психиатрические расстройства в таком соотношении в целом типичны. Обратимся к результатам эпидемиологических исследований, касающихся распределения психических заболеваний среди населения. Согласно этим исследованиям, приблизительно в каждом регионе психическими расстройствами, достаточно серьезно осложняющими повседневную жизнь, страдает примерно от пяти до пятнадцати процентов детей, обследованных в течение года (158, 162, 166).

Таким образом, нарушения психического развития встречаются достаточно часто. И лишь малая часть детей с подобными нарушениями обращается к психиатру. Приведенные выше цифры наглядно демонстрируют, что совершенно нереально во всех случаях нарушений психического развития рассчитывать лишь на помощь психиатров. Проблема столь обширна, что для коррекции некоторых типов психических расстройств необходимо подключаться также и педиатрам, семейным докторам и специалистам без медицинского образования — педагогам, психологам, работникам социальных служб.

Другая проблема, которая поднимается в эпидемиологических исследованиях, — это то, что значительная часть расстройств детского поведения не является конституциональным нарушением или заболеванием, которое качественно отличается от нормы. В этом смысле лишь некоторые состояния, в частности, — ранний детский аутизм — можно было бы считать болезнями, однако в

отношении подавляющего большинства расстройств такая терминология не применима. Основная часть психопатологических состояний отличается от нормы по количественному показателю — как по степени тяжести, так и по числу одновременно существующих нарушений, причем похожая симптоматика в незначительных проявлениях может быть обнаружена у многих детей с нормальным психическим развитием.

Вот почему чрезвычайно распространенные изолированные «симптомы» не имеют особого клинического значения. Расстройство диагностируется не по отдельным поведенческим проявлениям, которые свойственны только определенным заболеваниям, встречающимся крайне редко, а опирается на устойчивые паттерны множественной симптоматики, затрудняющие социальное развитие ребенка.

В обсуждаемых исследованиях было выявлено еще одно немаловажное обстоятельство: достаточно часто нарушение полностью или частично проявляется только в связи с какой-либо определенной ситуацией (114, 166). Например, ночное недержание мочи может происходить только дома, а в другой обстановке — никогда; или в школе ребенок может вести себя агрессивно, а в семье — нет. Из приведенных примеров можно сделать практический вывод о том, что необходима информация о поведении ребенка в самых разнообразных условиях. Это же позволяет нам высказать некоторые соображения о природе нарушений психического развития в детском возрасте.

Ситуационная зависимость проявления симптомов предполагает, что психическое расстройство следует анализировать в терминах взаимодействия. Иными словами, решение проблемы происхождения симптома надо искать не столько в самом ребенке, а главным образом в его взаимодействии с окружающим миром. Этот важный вывод оказывает влияние как на диагностические заключения, так и на тактику лечения, однако неверно было бы думать, что факторы, связанные с самим ребенком, играют мало важную роль. Это далеко не так, и подробнее мы обсудим этот вопрос в 3-й главе.

Выявление психиатрического нарушения

Из этих соображений следует, что определение тяжести расстройства является первоочередной задачей психиатрической диагностики. При этом рассматриваются две ее составляющие: отклонение от нормы и дефект. Первое — это определение того, в какой мере с точки зрения статистики, учитывающей частоту и формы проявления симптомов, поведение ребенка является ненормальным. Второе — определение того, насколько существующее отклонение в поведении ребенка повреждает его социальные функции или затрудняет социальное развитие в целом. Рассмотрим каждую из этих сторон по очереди.

Является ли поведение ребенка отклонением от нормы?

Для оценки любого предполагаемого отклонения поведения ребенка используется несколько различных критериев. К их числу относятся:

а) Соответствие возрастной и половой принадлежности

Некоторые формы поведения нормальны только для детей определенного возраста, но не для другого. Например, мокрые пеленки младенцев не особенно тревожат родителей; многие дети мочатся в постель до четырех-, пятилетнего возраста. А с десятилетними детьми подобное случается крайне редко, и поэтому в их отношении такие случаи рассматриваются как отклонение от нормы. Или для детей, которые учатся ходить, тревога при разлуке с близкими очень типична (настолько, что безразличие ребенка этого возраста к разлуке с родителями должно стать поводом для беспокойства). А болезненное переживание разлуки с близкими подростка, напротив, явление весьма редкое и поэтому ненормальное.

Что же касается соответствия половой принадлежности, то даже в позднем детстве поведение мальчиков и девочек имеет много общего. Большинству мальчиков свойственны некоторые так называемые «фемининные черты», а большинству девочек — некоторые «маскулинные», и это вполне нормально. Однако крайне редко встречаются мальчики, воплощающие все фемининные черты поведения, поэтому с точки зрения статистики такие слу-

чаи считались бы ненормальными. Вопрос серьезности подобного нарушения может быть решен только в совокупности с другими критериями ненормальности, а также наличия нарушения социального развития.

б) Устойчивость

Как уже отмечалось, исследование детей любого возраста обнаруживает у многих различные страхи, припадки или другие виды проблемного поведения. Но, как правило, такие состояния длятся недолго. Например, почти каждый ребенок пережил период, когда ему не хотелось ходить в школу. Такой эпизод мог ограничиться рамками единственного дня в жизни ребенка или растянуться на несколько недель. Если же отказ от посещения школы сохраняется на протяжении многих месяцев или даже лет — что бывает крайне редко, — это естественно очень серьезный повод для беспокойства.

в) Жизненные обстоятельства

Кратковременные колебания поведения и эмоционального состояния детей — обычное и вполне нормальное явление. Психологический «КПД» ребенка имеет свои спады и подъемы, в силу чего в одно время дети могут быть очень уязвимыми, а в другое — достаточно сопротивляемыми и способными к нормальной адаптации. Развитие никогда не происходит гладко, а явления временного регресса — составная часть нормального процесса.

Колебания, о которых идет речь, в одних условиях происходят чаще, чем в других, поэтому нельзя упускать из внимания жизненные обстоятельства ребенка. Многие дети, например, в ответ на рождение братишки или сестренки реагируют регрессивным поведением. Они могут начать сосать палец или просить бутылочку, больше капризничать и привлекать к себе внимание взрослых. Еще одно стрессогенное событие, которое может спровоцировать проявление состояний тревожности и зависимости, — перемена школы или класса. Родителям следует знать, что у многих детей стресс усугубляет эмоциональные и поведенческие проблемы.

г) Социокультурное окружение

Невозможно провести четкую границу между нормальным и аномальным поведением. Все поступки ребенка необходимо оценивать с точки зрения принятых норм в его непосредственном со-

циокультурном окружении. Поэтому очень важно с пониманием относиться к различным культурным особенностям, существующим в многонациональном обществе.

д) Степень расстройств

Жалобы на отдельные симптомы распространены больше, чем на комплекс одновременно существующих симптомов. На самом же деле крайне редко заслуживают внимания симптомы, проявляющиеся в поведении ребенка изолированно. Более пристально следует изучать детей, обнаруживающих множество различных эмоциональных или поведенческих расстройств, особенно когда они охватывают разные стороны психической жизни.

е) Тип симптома

Предположительное значение симптома в некоторой степени определяется также и его собственной природой. Исследования показали, что одни симптомы преимущественно возникают вследствие неправильного воспитания ребенка, другие — благодаря психическому расстройству. Например, кусание ногтей — привычка, одинаково часто встречающаяся и у нормальных, и у психически больных детей, не является признаком психического заболевания. Однако это не означает, что при диагностике данный симптом не заслуживает никакого внимания. Напротив, он важен, поскольку дети особенно часто кусают ногти в минуты внутреннего напряжения. И все-таки напряжение и расстройство психики — не одно и то же, потому что, так или иначе, его может испытывать каждый, а вот, например, нарушение отношений со сверстниками значительно чаще связано именно с психическим расстройством и поэтому заслуживает более пристального внимания.

ж) Тяжесть и частота симптомов

Умеренные, иногда возникающие проблемы поведения детей более распространены, нежели серьезные и часто повторяющиеся. Следовательно, когда говорят, что ребенку по ночам снятся кошмары, у него бывают вспышки раздражения, тики или какие-то другие симптомы, необходимо в первую очередь выяснить, как часто они проявляются и ясно представить себе реальную картину нарушения. В чем выражается вспышка: в двухминутном повышении голоса или в полуторачасовом вопле с катанием по полу? Что заставляет родителей думать, что у ребенка бывают ноч-

Конец ознакомительного фрагмента.
Приобрести книгу можно
в интернет-магазине
«Электронный универс»
e-Univers.ru