

ДУШЕВНОЕ ЗДОРОВЬЕ – ЦЕННОСТЬ ДЛЯ ВСЕХ НАС

Информационный сборник о нарушениях
психического здоровья детей



Детский фонд
Клиника Тартуского университета
www.lastefond.ee



Я
Помогать



Клиника Тартуского университета



IDA-VIRUMAA LASTE JA NOORTE
VAIMSE TERVISE KESKUS



SOTSIAALMINISTEERIUM



Оформление сборника и перевод на русский язык были осуществлены в рамках проекта "Создание центра душевного здоровья детей и подростков в Ида-Вирумаа", который финансируют норвежская программа пособий "Здоровье населения" ("Rahvatervis"), Министерство социальных дел, ЦУ Клиникум Тартуского Университета (SA Tartu Ülikooli Kliinikum), ЦУ Ида-Вируская Центральная Больница (SA Ida-Viru Kesksaigla) и ЦУ Северо-Эстонская региональная больница (SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla).

СОДЕРЖАНИЕ

Вступление	4 - 8
Об авторах	9 - 11
Трудности в обучении	12 - 23
Поведенческие расстройства	24 - 35
Нарушение активности и внимания	36 - 46
Первазивные расстройства развития	47 - 57
Аффективные расстройства в детском возрасте	58 - 68
Психические расстройства у детей, вызванные стрессом	69 - 80
Расстройства приема пищи у детей и подростков	81 - 94

Вступление

Во имя психического здоровья детей необходимо сотрудничество всех взрослых, занимающихся детьми. Предпосылкой к единой совместной работе являются знания о психическом здоровье и о его нарушениях. Поскольку активную часть дня дети проводят, как правило, в школе, то максимально контактируют с детьми, прежде всего, учителя и другие работники школы. Хотя основной целью работы школы считается учеба и получение новых знаний, всякая среда, в которой находится ребенок, и люди, его окружающие, влияют на становление личности и душевное здоровье ребенка в более широком смысле. Всемирная организация здравоохранения (2001) рассматривает благополучие психического здоровья как состояние, при котором индивид может реализовать свои способности, справляется с напряжением в жизни, результативно и плодотворно работает и вносит вклад в общественную жизнь. Ребенок, обладающий хорошим здоровьем, в том числе душевным, как правило, способен выполнять предъявляемые школой требования и сосредотачиваться на освоении новых знаний. Однако многие нарушения душевного здоровья в значительной степени влияют на способность ребенка справляться с ежедневными обязанностями, так что необходимо приспособлять учебную среду и предъявляемые к ребенку при обучении требования, или же оказывать иную необходимую помощь и поддержку, чтобы обучение не оказалось для ребенка непосильной задачей.

Идея создания данного сборника возникла из проекта детской клиники Тартуского университета «Душевное здоровье – ценность для всех нас», в рамках которого работники детского отделения психиатрической клиники Тартуского университета в течение двух лет проводили учебные дни, затрагивающие проблему нарушения душевного здоровья детей. Курсы были, прежде всего, рассчитаны на учителей, интерес к курсам был велик и отзывы вдохновили на продолжение рассмотрения данной темы. Данный сборник был создан в рамках программы «Позаботимся вместе о душевном здоровье детей». Проект поддерживают Детский фонд клиники Тартуского университета, благотворительная среда банка Swedbank «Я люблю помогать» и клиника Тартуского университета. Более подробно с проектом можно

ознакомиться, нажав на приведенные ниже ссылки. Кроме того, каждый сделавший пожертвование в соответствующей среде проекта может считать себя участником создания сборника.

Цель сборника – поделиться знаниями о нарушениях психического здоровья детей со специалистами, ежедневно занимающимися детьми и не имеющими медицинского образования, прежде всего с учителями. Эти знания помогут учителям понять особенности поведения и духовной жизни детей, что в конечном итоге принесет пользу детям, ежедневно соприкасающимся с учителями. Знания о нарушениях душевного здоровья способствуют взаимному сотрудничеству работников школы и медицинских работников, помогающих детям, попавшим в трудное положение. Разумеется, преподнося данную информацию, мы не рассчитываем на то, что учителя сами начнут диагностировать у детей то или иное психическое расстройство, – это останется все-таки в ведении команды детских психиатров. Однако учителя смогут обратить внимание на признаки, указывающие на возможное психическое расстройство, и способствовать оказанию помощи.

Для упрощения в тексте сборника ученики любого возраста обозначены понятием «ребенок», что подразумевает всех людей до 18 лет. Если требуется выделить особенность какой-то возрастной группы, это делается в основном путем проведения параллели со ступенью школьного образования – например, «ребенок начального школьного возраста», или при использовании уточняющих слов – например, «подросток».

Для большей ясности и улучшения понимания содержания текст попытались составить, используя, по возможности, понятные русскоязычные термины. К сведению, в скобках приведены используемые в медицине, зачастую происходящие из иностранного языка термины и понятия, с которыми читатель не сталкивается в повседневной жизни, но которые встречаются при чтении некоторых научных исследовательских работ и статей. Также в тексте используются сокращения для названия повторяющихся психических расстройств, сокращение дается в скобках после первичного упоминания психического расстройства.

За основу диагностирования болезней и расстройств в Эстонии взята выпущенная Всемирной Организацией Здравоохранения 10-я международная классификация болезней МКБ-10, и данные сокращения используются во всех главах этого сборника. В V главе МКБ-10 перечислены критерии

диагностирования психических расстройств и расстройств поведения, и, исходя из этого, в сборнике описываются нарушения психического здоровья у детей. В США, многих странах Европы (например, в Финляндии), а также в большинстве научных исследований используется система диагностирования, разработанная Американской психиатрической ассоциацией – DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), V версия которой начала действовать с 2013 года. Поскольку различия в двух системах диагностирования имеют значение, прежде всего, в медицинском контексте, учитывая интересы целевой группы, мы не будем касаться в данном сборнике этих различий. В МКБ-10 каждому диагнозу соответствует диагностический код, состоящий из комбинации букв и цифр, психические расстройства и расстройства поведения обозначаются буквой «F». Англоязычная версия МКБ-10 вышла в 1992 году, в течение прошедших с тех пор десятилетий добавилось много новых подтвержденных опытами знаний, касающихся деятельности мозга, и данные знания добавлены в рассматриваемые темы сборника. Кроме этого, в сборнике отражен практический опыт его авторов.

В сборнике не рассматриваются все психические расстройства и расстройства поведения, встречающиеся у детей, а лишь наиболее часто встречающиеся и важные в контексте школы. Имея в виду целевую аудиторию сборника, не будем подробно говорить и о лекарствах, хотя в некоторых главах приведены используемые группы лекарственных средств.

В детской психиатрии диагностирование психических расстройств и планирование вмешательства происходит при совместной работе членов группы детских психиатров. В группу входят детский психиатр, клинический детский психолог, логопед и/или педагог-дефектолог и зачастую также социальный работник.

При рассмотрении всех тем сборника постараемся привести самые важные аспекты конкретного психического расстройства. Поскольку психическая деятельность и поведение связаны с деятельностью мозга, различные части мозга связаны между собой и тесно взаимодействуют друг с другом, у ребенка зачастую одновременно присутствует несколько диагностируемых состояний психических расстройств. Следует подчеркнуть, что помощь ребенку в школе исходит не столько от диагноза, сколько от того, какие трудности, вызванные психическим расстройством, на самом деле наблюдаются у ребенка. Например, способность сосредоточиться может быть нарушена при нескольких различных психических расстройствах, и ребенку помогает лучше справляться среда с

наименьшим возможным количеством одновременных раздражителей – вне зависимости от того, связаны ли трудности в способности сосредоточиться с синдромом дефицита внимания и гиперактивности или повышенной тревожностью. У детей с одинаковым диагнозом симптомы расстройства могут выражаться в различной степени; у одних детей может добавиться еще какое-либо психическое расстройство, у других – нет; у части детей может одновременно присутствовать также хроническое физическое заболевание или физический недостаток; один ребенок с хорошими способностями быстро устает от умственных нагрузок, в то время как другой, со способностями ниже соответствующих ему по возрасту, способен выполнять действия, требующие длительной умственной нагрузки, и т.д. Исходя из всего вышеперечисленного, оказываемая помощь должна исходить из потребностей конкретного ребенка, а не только от диагностированного психического расстройства. Хотя сотрудничество между семьей и школой необходимо для того, чтобы помочь ребенку, все же по разным причинам оно не всегда возможно, и это необходимо учитывать при оказании помощи ребенку. Если при оказании помощи ребенку нельзя рассчитывать на поддержку членов семьи, например, из-за неспособности родителей управляться самим, напряженных семейных отношений, материальных обстоятельств и др., то в вопросах, связанных со школой, бóльшая роль в помощи ребенку возлагается на школу. Помощь, в которой ребенок нуждается из-за психического расстройства, иногда может быть долгосрочной, длиться в течение всех школьных лет; а иногда может ограничиваться несколькими месяцами или годами. В случае некоторых психических расстройств, например, трудностей в обучении и нарушений в поведении, медицинская система выполняет в основном диагностическую функцию, а не функцию помощника; основные помощники – учителя, педагоги-дефектологи, психологи и социальные педагоги. При других психических расстройствах, например, нарушениях питания или депрессии, медицинская система выполняет главную функцию в оказании помощи ребенку, и школа может лишь выступать в роли помощника.

В сборнике не дается конкретных существенных советов учителям в вопросах, касающихся области педагогики и дефектологии, т.к. в этих вопросах специалисты в области образования более компетентны, чем медицинские работники. Возможности, предлагаемые системой образования, более точно описаны в документах, изданных Министерством образования, с которыми каждый может при необходимости ознакомиться в интернете. Кроме того, в каждом уезде существуют консультационные комиссии, у специалистов

которых и учитель может попросить совета и помощи. Для работников школы – учителей, опорных специалистов, медицинских работников – очень важны взаимное сотрудничество, обмен опытом и широкое применение методов, приведших к хорошим результатам.

К концу каждой главы сборника перечислены использованные источники информации и рекомендуемые материалы, с которыми могут ознакомиться заинтересованные в данной теме. Поскольку основным источником информации обо всех рассматриваемых психических расстройствах является МКБ-10, то данная ссылка не приводится в конце каждой главы. Вкратце представлены также авторы сборника.

Дополнительно информацию о проекте можно получить:

<http://lastefond.ee/lastefondist/projektid/hmn-vaimne-tervis-vaartus-meie-koigi-jaoks/>

<http://lastefond.ee/lastefondist/projektid/hoolime-koos-laste-vaimsest-tervisest-3/>

От имени составителей сборника

Ану Суси

Об авторах

Айме Меос работает детским психиатром в детском отделении психиатрической клиники больницы Тартуского университета с 2004 года. До этого с 1983 года она работала детским психиатром в детской клинике больницы Тартуского университета. С 1993 года была семейным консультантом-психиатром в Тартуском центре консультаций и учебной помощи, позже в Центре вспомогательных образовательных услуг, участвовала в работе консультационной комиссии города Тарту. Имеет квалификацию детского психиатра, психиатра и семейного терапевта.

АнуСуси работает детским психиатром в психиатрической клинике больницы Тартуского университета с 1985 года, имеет квалификацию по специальности «психиатр» и по дополнительной специальности «детский психиатр». Участвует в работе Общества аутизма в Эстонии, прошла подготовку в области семейной терапии и когнитивно-поведенческой терапии. Является одним из авторов сборника для медицинских работников школы, рассматривающего проблемы детского психического здоровья.

Эвели Месикяпп работает в детском отделении психиатрической клиники с 2005 года, с 2007 года медсестрой. Последние 4 года углубленно занимается детьми с нарушениями питания. В нынешнем году начала обучение в Тартуской Высшей школе здравоохранения и специализируется по специальности «медицинская сестра психического здоровья».

Ингрид Вахтель работает психологом в детском отделении психиатрической клиники больницы Тартуского университета с 2011 года. Получает профессию клинического психолога, в данный момент получает базовое образование по специальности «Когнитивно-поведенческая терапия».

Хеле Тяэр последние 15 лет работает логопедом-педагогом-дефектологом и учителем в детском отделении психиатрической клиники больницы Тартуского университета. До этого работала в детском саду Nukitsamees с детьми с нарушениями слуха. Окончила Тартуский университет по специальности «педагог-дефектолог», получила подготовку учителя по специальности «сурдопедагогика».

Инна Линдре работает в психиатрической клинике больницы Тартуского университета с 1989 года, в данный момент выполняет административные обязанности старшего врача-преподавателя в этом отделении. Имеет квалификацию по специальности

«психиатрия» и дополнительной специальности «детская психиатрия». Помимо обычных обязанностей врача-преподавателя, была ответственным исследователем в проводимых в детском отделении испытаниях лекарственных препаратов и положила начало нескольким проектам, направленным на улучшение детского психического здоровья. Отвечает и за получивший начало в феврале 2012 года совместный проект Детского фонда больницы Тартуского университета и детского отделения психиатрической клиники Тартуского университета «Духовное здоровье – ценность для всех нас». По ее инициативе в 2013 году были представлены и положительно оценены ходатайства Министерству социальных дел о создании Южно-Эстонского и Ида-Вирумааского центров психического здоровья для детей и молодежи на базе детского отделения психиатрической клиники больницы Тартуского университета.

Ивика Пылдсепп работает клиническим детским психологом в детском отделении психиатрической клиники больницы Тартуского университета с 2013 года. До этого работала в Тартуской частной школе, Тартуском центре консультаций и кризисной помощи, Тартуском центре поддержки детей и Детской клинике больницы Тартуского университета, имеет многолетний опыт в оценивании и лечении детей с психическими травмами.

Юри Лийвамяги (PhD) работает при кафедре психиатрии Тартуского университета в Психиатрической клинике больницы Тартуского университета с 1979 года, в звании доцента с 1986 года, на сегодняшний день является старшим врачом-преподавателем по специальности «детская психиатрия». В 1974 году получил государственную премию ЭССР (в качестве члена исследовательской группы) за исследование нейрофизиологического действия психофармаконов. Областью научных исследований Юри Лийвамяги была детская психофармакология, участвовал в двух международных клинических исследованиях психотропных лекарственных средств. Автор более 100 научных статей и одной монографии о тяжелых стрессовых расстройствах у детей и подростков. В 1996-2000 годах в Тарту и Тартуском уезде под его руководством было проведено исследование детского психического здоровья. Совершенствовался по специальности в Москве, Ленинграде, Стокгольме, Гамбурге и Будапеште. При кафедре психиатрии Тартуского университета проводил курсы повышения квалификации по актуальным темам детской психиатрии, каждый год читает курсы лекций по детской психопатологии студентам специальности «дефектология».

Кайа Кастепыльд-Тырс работает лектором консультационной психологии в Институте психологии Тартуского университета с 1998 года. Является действующим клиническим психологом, психотерапевтом в Консультационном и Психотерапевтическом центре Катрийто. В психиатрической клинике больницы ТУ работает в должности руководителя. Прошла обучение по когнитивно-поведенческой терапии.

Кайри Ноол работает социальным работником в детском отделении психиатрической клиники больницы Тартуского университета с 2007 года, с 2003 года работала в этом же отделении санитаркой, позднее 7 лет инструктором трудотерапии. В настоящее время обучается в магистратуре ТУ по специальности «социальная работа», со специализацией «детские права». Большая часть работы связана с расстройствами поведения детей и подростков и консультированием их родителей. Занимается проведением групповой терапии в амбулаторном отделении.

Катре Кандимаа работает логопедом в психиатрической клинике больницы Тартуского университета с 2004 года, и с 2006 года также учителем при больнице. До этого 9 лет работала в тартуской школе имени Герберта Мазинга – помощником учителя, позднее учителем детей с диагнозом «аутизм» и классным руководителем.

Катрин Пруулманн работает клиническим детским психологом в детском отделении психиатрической клиники больницы Тартуского университета с 1994 года. Кроме этого, консультантом в Тартуском центре Консультаций и кризисной помощи. До этого работала психологом в спецшколе и в обычной школе. Училась по специальности «семейный терапевт» и «детский терапевт-психоаналитик».

Мадис Парксепп работает в детском отделении психиатрической клиники больницы Тартуского университета с 2007 года, в данный момент – с частичной занятостью, и в отделении психиатрии для взрослых. Имеет квалификацию по специальности «психиатрия» по дополнительной специальности «детская психиатрия».

Маргит Коолмейстер работает клиническим детским психологом в детском отделении психиатрической клиники больницы Тартуского университета с 2001 года. Психологом работает с 1997 года, из них первые четыре года работала школьным психологом. Имеет степень магистра психологии по специальности «школьная психология», прошла обучение по специальности «когнитивно-поведенческая терапия».



Трудности в обучении

Юри Лийвамяги, Инна Линдре, Катрин Пруулманн, Хеле Тяэр

Учебные занятия имеют для разных детей разное значение. Любознательность («хочу знать!») на самом деле важна лишь для 1/5 части учеников. В начальной школе по большей части обучение важно как сам процесс. Если ребенок чувствует, что через обучение можно добиться похвалы и социального признания, то мотивация учиться может происходить от желания заработать признание. Если добиться такого успеха не удастся, то для ребенка остается возможность избегать неприятностей, связанных с учебой (как деятельности, направленной извне). Этого можно достигнуть как выполняя требуемые задания, так и игнорируя учебу, что, конечно, не является хорошим решением с точки зрения будущего.

Трудности в обучении в более широком смысле означают, что ребенок не справляется с соответствующим возрасту освоением обычной школьной программы в обычных условиях.

Причины трудностей в обучении

Трудности в обучении связаны с множеством различных причин:

неблагоприятные условия окружающей среды: плохие условия для обучения дома, безразличие родителей к трудностям ребенка, отверженность, чрезмерный стресс и т.д.

личностные свойства ребенка: волевые и эмоциональные свойства, познавательные интересы

биологические причины: торможение или повреждение специализированных структур мозга, выполняющих определенные функции (способность сосредоточиться, интеллектуальные способности, речевые способности), и/или механизмов развития. Биологические причины связаны с наследственной предрасположенностью, а также с внешними факторами, влияющими на развитие. На влияние наследственных причин указывают, например, результаты исследований, проведенных на взрослых, в которых у половины

детей были обнаружены такие же трудности в учебе, как и у их родителей. При специфическом нарушении чтения – дислексии – найдены генетические изменения в 2, 6, 15 и 21 хромосомах. Из факторов внешней среды, приводящих к трудностям в обучении, найдены связи с преждевременным появлением на свет, низким весом при рождении, малокровием и/или токсикозом матери во время беременности и повышенным содержанием энзима печени билирубина в крови после рождения. По биологическим причинам формируются в виде диагностируемых психических расстройств, влияющих на обучение, такие нарушения развития как специфические нарушения школьных навыков и душевное недоразвитие. Их более подробному описанию и посвящена данная глава сборника.

Трудности в обучении не появляются внезапно и неожиданно – все нарушения развития речи и школьных навыков начинаются в раннем детстве, хотя их обнаруживают зачастую только в школе.

Расстройства развития школьных навыков

Расстройства развития школьных навыков (СРРШН) – гетерогенная группа хронических расстройств, проявляющаяся у детей в виде значительных трудностей при освоении слуховых, речевых, повествовательных, математических навыков, навыков чтения и письма (первый раз определение дано в 1963 г., уточнено в 1994 г.)

Детей с расстройствами развития школьных навыков важно обследовать и вовремя оказать им помощь, поскольку расстройства развития школьных навыков могут вызвать трудности при выполнении ежедневных обязанностей и нравственные страдания.

Зачастую наряду с расстройствами развития школьных навыков присутствует еще какое-либо психическое расстройство, как, например, нарушение активности и внимания, расстройство в поведении, аффективное расстройство, тревожное расстройство.

По поводу расстройств развития школьных навыков широко распространены **ошибочные мнения**, некоторые из которых приведены ниже вместе с комментариями.

«У детей с трудностями в обучении могут быть проблемы, но в основном они все-таки просто обленились из-за чрезмерного потакания». Схоластические высказывания типа «соберись, возьми себя в руки» могут лишь на короткое время вдохновить ученика, но не предлагают разумную и осознанную помощь, в которой нуждаются дети для компенсации недостатка. То, что для одного выглядит как проявление лени, для ребенка с данным расстройством обычно является состоянием напряжения и депрессии. Трудности в обучении серьезно беспокоят многих учеников и требуют понимания и оказания помощи со стороны родителей и учителей.

«Расстройства развития школьных навыков вызваны плохим воспитанием или неподходящими домашними условиями». Причины возникновения расстройств развития школьных навыков – неврологические, и хотя существует склонность передачи их из поколения в поколение в основном по мужской линии, в их возникновении нет никакой связи с воспитанием.

«Дети с расстройствами развития школьных навыков в будущем не стремятся получить высшее образование». Большинство учителей покровительствует детям, которые пишут грамотно и четко и не создают в классе особых проблем.

Они легко достигают академических целей, что подготавливает их в последующем к успехам в университете. Создается так называемый «прообраз успешного ученика», который противопоставляется каждый день детям, которые едва могут выполнить данные на уроке письменные задания и которым необходимо дополнительное время на заполнение теста с вариантами ответов. Если ребенка с расстройствами развития школьных навыков учителя и родители воспринимают как, вероятнее всего, неспособного выполнить требования, необходимые для получения высшего образования, ребенку приходится бороться не только с трудностями, вызванными расстройством, но и с данным предубеждением, сформировавшимся по отношению к нему. Это влияет на его самооценку, и потому в какой-нибудь области выдающиеся, даже талантливые дети с расстройствами развития школьных навыков могут и сами подвергать сомнению свою способность справиться с требованиями, необходимыми для получения высшего образования. На самом деле при соответствующей поддержке и подходящем распорядке жизни они могут быть очень успешными в университете.

При расстройствах развития школьных навыков различают следующие **особенности развития мозговых процессов**

1. Повреждение процессов восприятия (сенсорно-перцептивных), которое выражается:

- в трудностях в восприятии и интерпретации попадающих в головной мозг стимулов (например, замена букв в слове и слов в предложении);
- в допущении ошибок при письме и трудностях при различении цифр/чисел при списывании, трудностях в оценке расстояния и скорости;
- в несовершенстве способности ощущать социальные сигналы (выражение лица, поза, социальные обстоятельства);
- в трудностях при запоминании символов, представленных в виде зрительного раздражителя и установлении связи с определенной деятельностью (например, какому обозначению ноты какая клавиша рояля соответствует).

2. Недостаточность ассоциативных процессов в головном мозге – присутствуют трудности в обработке, использовании или подходящем припоминании освоенных данных, что выражается при:

- передаче своих знаний, передаче хода событий, представлении предложений;
- понимании причинно-следственной связи, следовании теме в вербальных предметах, владении общими понятиями в математике;
- нахождении решения проблемы;
- понимании шуток, подтруниваний, насмешек, сарказма;
- определении целей своей деятельности, предпочтений и порядка действий.

3. Дефекты двигательных-выразительных (моторно-экспрессивных) функций, которые могут выражаться в:

- заикании или трудностях при выполнении заданий, требующих координации глаз и рук (плохой почерк, небрежное оформление и т.д.);
- ярко выраженной неуклюжести по сравнению со сверстниками;
- запоздалом освоении навыков самообслуживания;
- неуклюжести в играх и деятельности, требующих силы и ловкости.

Расстройства развития школьных навыков в МКБ-10 объединены в рубрику «Расстройства психологического развития» и имеют следующие общие качества:

- они получают начало на раннем этапе развития ребенка;
- они вызваны замедлением развития или повреждением некоторых структур или механизмов головного мозга;
- они носят устойчивый характер, протекая без исчезновения или ослабления (ремиссии) симптомов заболевания и без обострения.

Расстройства развития школьных навыков присутствуют примерно у 15% населения и у мальчиков в три – четыре раза чаще, чем у девочек.

Расстройства развития школьных навыков:

- в большей части случаев диагностируются в начальных классах;
- улучшение зависит от степени тяжести расстройства и оказываемой помощи;
- залогом наилучшего исхода является меньшее повреждение и более раннее оказание помощи, более высокий уровень интеллигентности, лучший социально-экономический уровень семьи, отсутствие сопутствующих психических расстройств.

К специфическим расстройствам развития школьных навыков относятся:

Специфическое нарушение навыков чтения – значительно нарушено овладение навыками чтения, причем невозможно определить вызывающее это физическое расстройство, душевную недоразвитость или влияние окружающей среды. В случае специфического нарушения навыков чтения уровень навыков чтения значительно ниже того, что можно было бы ожидать от ребенка, исходя из возраста, уровня интеллекта и класса школы. Специфическое нарушение навыков чтения и правописания встречается более чем у 10% школьников, из них в тяжелой форме до 4%.

Специфическое нарушение навыков чтения выражается в:

- чтении с ошибками;
- медленном чтении;
- плохом понимании прочитанного.

У 95% детей с нарушениями навыков чтения присутствует еще, как минимум, одно из следующих расстройств:

- нарушение навыков письма;
- нарушение арифметических навыков;

- расстройство экспрессивной речи;
- расстройство рецептивной речи.

Специфическое нарушение навыков письма – присутствует значительная недостаточность в развитии навыков письма, которая не связана с низким уровнем интеллекта, дефектами зрения и/или слуха, неврологическими расстройствами или недостаточным обучением. В случае специфического нарушения навыков письма уровень навыков письма значительно ниже того, что соответствует по возрасту, общему интеллекту и классу школы.

Специфическое нарушение навыков письма выражается в:

- трудностях в правильном произношении и написании слов;
- грамматических ошибках и ошибках при построении предложений: неправильный порядок слов, пропуск слов, неправильное использование глаголов и местоимений, неправильные окончания, незаконченные предложения.

Специфическое нарушение арифметических навыков – присутствует нарушение становления арифметических навыков, что является достаточно серьезной проблемой, вызывая неуспеваемость и трудности при выполнении ежедневных бытовых функций.

Присутствующее расстройство нельзя объяснить душевной недоразвитостью, недостаточным преподаванием или соматическим заболеванием.

При специфическом нарушении арифметических навыков арифметические навыки значительно хуже, чем можно предположить, исходя из возраста ребенка, уровня интеллекта и класса школы. Нарушение арифметических навыков присутствует у 10-15% школьников, из них у 3-6% в тяжелой форме. Нарушение арифметических навыков выражается в неудовлетворительном владении основными арифметическими навыками (сложение, вычитание, умножение, деление); трудностях в прочтении и понимании символов цифр и арифметических знаков; трудностях в понимании того, какие числа важны для нахождения решения задания.

Специфическое нарушение развития моторики – характерно значительное расстройство развития согласованности движений (моторная координация), которое не связано непосредственно с каким-либо другим неврологическим заболеванием или психическим недоразвитием. В случае специфического нарушения развития моторики согласованность движений и умения значительно ниже ожидаемого уровня, который можно было бы предположить, учитывая возраст и уровень интеллекта ребенка. Нарушение развития моторики присутствует у 2-5% детей.

Специфическое нарушение развития моторики выражается у детей различных возрастных групп по-разному

Дошкольный возраст

Общая моторика: более медленное развитие двигательных навыков, неуклюжая походка, падения

Мелкая моторика: трудности при одевании, завязывании шнурков, застегивании пуговиц, освоении навыков приема пищи

Младший школьный возраст

Общая моторика: трудности при езде на велосипеде, прыгании со скакалкой, беге, выполнении кувырков

Мелкая моторика: трудности при собирании пазлов, использовании ножниц, рисовании, письме

Старший школьный возраст

Общая моторика: трудности при выполнении спортивных упражнений; бросании мяча, попытках поймать и ударить ногой мяч

Мелкая моторика: трудности в приведении себя в порядок, нанесении макияжа, обрезании ногтей; плохо читаемый почерк; неаккуратность в рукоделии

Помощь детям с расстройствами развития школьных навыков

При оказании помощи детям с расстройствами развития школьных навыков важно оценить, каков профиль умений ребенка и насколько велика разница между его общим уровнем и средним уровнем сверстников. Успех в оказании помощи зависит от того, в какой мере слабые стороны ребенка уравниваются его сильными сторонами, и в каком объеме он должен совершать усилия, чтобы оставаться на уровне сверстников.

Для преодоления расстройств развития школьных навыков важно:

- По возможности раннее обнаружение трудностей в обучении
- Оберегание ребенка от укоров («ты ленив, небрежен», и т.д.) и сравнения с другими одноклассниками
- Последовательность в следовании правилам, почасовому и дневному расписанию в отношении всех видов деятельности и со стороны всех окружающих ребенка взрослых
- Применение необходимых вспомогательных услуг (логопеда, педагога-дефектолога)
- При необходимости – составление индивидуального учебного плана
- В случае ярко выраженных расстройства – обучение в спецшколе
- Сотрудничество всех специалистов и родственников

- Понимание и поддержка ребенка – ребенок не виноват!

Специфические расстройства развития школьных навыков:

- Не поддаются лечению в медицинском смысле
- Не могут быть полностью преодолены путем педагогического вмешательства
- Могут носить семейный характер
- Ограничиваются легкой умственной отсталостью или умственной недоразвитостью

Умственная отсталость

Умственная отсталость — замедленное развитие всех соответствующих возрасту психических функций вместе с низким уровнем интеллекта (восприятия, речи, моторики и социальных способностей).

Интеллект – общечеловеческая духовная особенность, которая проявляется в умении рассуждать, видеть смысл происходящего и улавливать причинную связь вещей, мыслить обобщенными категориями, учиться на прошлой опыте, быстро достигать решения проблемы. Коэффициент интеллекта, или IQ, – количественная оценка уровня интеллекта, измеряемая тестами на умственные способности, которая довольно устойчива в течение жизни человека и позволяет прогнозировать способность справляться с определенными ситуациями. В детской психиатрии для оценки интеллекта, принимая во внимание результаты психометрических испытаний, используются следующие термины: соответствующий возрасту – $IQ > 70$, ниже среднего для данного возраста $IQ 70-84$; соответствующий среднему для данного возраста $IQ 85 - 115$; выше среднего для данного возраста IQ более 115; пограничный $IQ 70 \pm 7$; отсталость в легкой степени: $IQ 50-69$; в умеренной степени: $IQ 35-49$; в тяжелой степени: $IQ 20-34$; в глубокой степени: $IQ < 20$.

При диагностировании умственной отсталости оценивают весь ход развития ребенка, его способность справиться с жизненными ситуациями в соответствии с ожидаемым для данного возраста, успеваемость, а в помощь для оценки развития используют результаты психометрических тестов и логопедическое исследование. Результаты тестов на интеллект никогда не являются единственным основанием для диагностики умственной отсталости. При диагностировании умственной отсталости при помощи дополнительных исследований пытаются выяснить возможную причину для конкретного ребенка, но довольно часто конкретную причину выявить все же не удается.

Различают следующие нижеприведенные уровни умственной отсталости:

- Легкая умственная отсталость (взрослый человек достигает уровня развития 9-12-летнего ребенка, $IQ 50-69$)
- Умеренная умственная отсталость (взрослый находится на уровне 6-9-летнего ребенка, $IQ 35-49$)

- Тяжелая умственная отсталость (взрослый человек находится на уровне 3-6-летнего ребенка, IQ 20-34)
- Глубокая умственная отсталость (взрослый находится на уровне ребенка до 3-х лет: IQ<20)

Факторы, вызывающие умственную отсталость, оказывающие влияние на развитие ребенка с середины эмбрионального периода до исполнения ребенку 2-х лет. Такими факторами могут быть изменения в количестве и строении хромосом, наследственные заболевания обмена веществ, органические поражения головного мозга, состояния отравления матери во время беременности (например, употребление алкоголя, токсикоз и т.д.), инфекционные заболевания, родовые травмы и т.д. Некоторые исследования, проведенные на близнецах, показывают, что различия в условиях среды могут изменить IQ на 10 баллов.

Характерным признаком ребенка с умственной отсталостью является дефект в развитии речи, который замечен уже в раннем детстве. Поскольку владение речью (как в устной, так и в письменной форме) очень важно для получения образования, то ниже дефекты речи рассмотрены несколько более подробно.

Отставание в произношении **у ребенка с умственной отсталостью** вызвано, с одной стороны, отставанием в развитии речи (особенно смысловое значение речи, или семантика), с другой стороны – дефицитом слухового восприятия (восприятие фонем) и развития моторики речевого аппарата. Речь ребенка с умственной отсталостью в основном монотонна, маловыразительна и без эмоциональных оттенков. Характерны отсутствие в речи звуков или нечеткое произношение (например, сигматизм, ротацизм). В начальных классах у детей с недоразвитием часто наблюдается искажение длинных слов или слов со сложной комбинацией звуков (девушка, комата, павороз), элиминирование или перестановка слогов (талбетка, онко). В то же время ребенок может произносить пропущенный или переставленный звук правильно в другом, более легком слове или отдельно стоящим. Дефекты проявляются, главным образом, в соединении согласных звуков.

Состояние когнитивных процессов ребенка в значительной степени отображает **словарный запас** и понимание значения слов. Дети младшего школьного возраста с умственной отсталостью, как правило, используют базовый словарный запас, их пассивный запас слов по сравнению с активным богаче (хотя меньше, чем у сверстников), распространено использование прилагательных (маленький, большой, хороший, плохой) и глаголов (быть, делать) общего значения. Увеличению словарного запаса сопутствует зачастую неточное, иногда даже совершенно неправильное использование слов. В ежедневном будничном разговоре недостаточность словарного запаса проявляется не всегда. Трудности в понимании смысла речи проявляются при выполнении таких заданий, как составление слов, образование словосочетаний, интерпретация фигур речи (метафор).

Речевое творчество у детей с умственной отсталостью ограничено по сравнению со сверстниками. Придя в школу, они используют, главным образом, базовые

предложения и предложения с цепной связью. Кроме того, количество моделей базовых предложений ограничено, потому что ребенок способен словесно выразить лишь ощутимую, пережитую ситуацию. Таким образом, многие из базовых предложений грамматически неверны. Ситуативная речь трудна в понимании вне контекста. Часто не указывается исполнитель действия (отсутствует подлежащее) и место действия, злоупотребляют местоимениями. Для текстов, составленных умственно отсталым ребенком, характерны прерывистость мыслей, плохая связь между событиями, злоупотребление местоимениями; случайная последовательность мыслей; отклонение от темы.

В старшем школьном возрасте дети с отставанием в развитии все еще много используют в речи предложения с цепной связью, по-прежнему не пропадают из речи и базовые предложения. По-прежнему предпочтение отдается малораспространенному простому предложению. Как дети с нормальным развитием, так и дети с отставанием в развитии чаще используют сложные предложения в письменных работах, чем в устной речи. Большая часть сложных предложений у детей с отставанием в умственном развитии грамматически неверна, используются шаблонные предложения, поэтому количество связующих слов ограничено.

Самое характерное отклонение от соответствующей возрасту нормы в речи ребенка с отклонениями в умственном развитии – **трудность в понимании речи**, другими словами – семантический дефект, который выражается как на уровне слова, так и на уровне предложения и текста.

- Слово: ребенок в общих чертах ориентируется в основном значении слова, но в понимании дополнительных значений у него большие трудности, выражающиеся в окончаниях слов и признаках (окончание слова понимается приблизительно или не понимается вообще).
- Предложение: ребенок может понять значения слов, но не всегда смысл предложения (например, Костю везет на санках Маша). Ребенок не разбирается в грамматических формах и категориях. Понимание смысла предложения зависит от знаний воспринимающего, выраженных связях и сложности строения предложения.
- Текст: одновременно с созданием текста существуют также серьезные трудности в их понимании. Ребенок с отставанием в развитии не в состоянии самостоятельно сделать анализ текста. Он не способен проанализировать скрытые в тексте связи времени и места, причинно-следственные связи. Также ребенок не способен понять перенесенный смысл, подтекст. Ребенок понимает текст как набор не связанных друг с другом эпизодов. Осмысленное восприятие связного текста на протяжении всего периода обучения является упрощенным и неполным. Основными причинами являются отсутствие представлений и знаний или неточность и слабое владение процессами анализа.

Письменная речь базируется только на основе устной речи и требует определенного уровня развития устной речи и фонематического слуха. У детей, отстающих в развитии, дефекты в чтении и письме встречаются зачастую одновременно, однако не обязательно выражены в равной степени.

По данным Министерства образования и науки, в настоящее время примерно у 17% учащихся общеобразовательных школ замечена какая-либо особая образовательная потребность. Большинство из них (79%) учатся в обычном классе общеобразовательной школы. Все больше учеников, нуждающихся в особом порядке организации обучения, учатся по обычным программам, поскольку, в соответствии с Законом об образовании, местные органы самоуправления должны обеспечить ученикам с физическими, речевыми, душевными и умственными недостатками и требующими особой помощи условия для обучения в школе по месту жительства. Для детей с умственной отсталостью разной степени тяжести существуют разные государственные программы: при легкой умственной отсталости – упрощенная учебная программа (УУП), при умеренной и тяжелой умственной отсталости – программа социальной адаптации и при глубокой умственной отсталости – программа обучения навыкам самообслуживания.

Учителю следует принять во внимание, что чем ниже когнитивное развитие ребенка, тем больше он нуждается в помощи и поддержке при освоении учебного материала. Другими словами, **чем ниже потенциал умственного развития ребенка, тем более глубокие педагогические знания и умения должны быть у учителя!**

При работе с детьми с трудностями в обучении учитель должен следовать так называемым десяти заповедям (Пладо, К.)

1. Создать мотив
2. Цельные действия преподавать по частям (по отдельным операциям), поэтапно
3. Предупреждать усталость (переменная, практическая работа)
4. Активизировать ребенка, включить в деятельность речь
5. Активировать познавательную деятельность
6. Обеспечить понимание задач
7. Применять принцип индивидуального подхода
8. Сделать деятельность посильной
9. Дать положительное закрепление
10. Формировать навыки (включая интеллектуальные) практическими и материальными приемами

Использованные и рекомендуемые источники информации

- Coghill D., Bonnar S., Duke S.L. et al. In: Child and Adolescent Psychiatry. Oxford University Press, 2009, 91-103.
- Einfeld S, Emerson E. Intellectual disability. In: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 2008, 5th edition, 820-840
- Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening . Pediatrics 2006;118;405-420
- Hallap, M., Padrik, M. Lapse kõne arendamine. Tartu Ülikooli Kirjastus 2008
- Martinson, M. „Õpiraskused: kelle probleem? Kust otsida lahendusi?” Tallinn: Koolibri, 2010
- Mikkelsen E.J. Mental retardation in the grade-school child. In: Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, 2, 413-432.
- Patricia A. Prelock, Tiffany Hutchins, Frances P. Glascoe. Speech-Language Impairment: How to Identify the Most Common and Least Diagnosed Disability of Childhood . The Medscape Journal of Medicine June 11, 2008
- Plado, K. Õppe kohandamine erivajadustega lastele. 2012
- Täär, H., Liivamägi, J. Õpiraskuste põhjustest. Õpetajate leht, 28.01.05
- Ребенок с проблемами со здоровьем в школе: <http://www.hm.ee/index.php?0512363>
- www.hev.edu.ee (учебные материалы)
- Поддержка учеников с трудностями в обучении в основной школе (методические и учебные материалы по предметам), сборник составлен по заказу и при финансировании Министерства образования и науки. Авторские права: Основная школа «Ристикю», Министерство образования и науки
- Обучение и преподавание для I и II школьных ступеней – Eduko – Archimedes
- <http://eduko.archimedes.ee/files/EDUKOraamatkaanega.pdf>
- http://www.keskkonnaamet.ee/public/Keskkonnaharidus/infopaevad/Infopaevade_ettekanded/LaaneVirumaa/Meeldiva_ja_toetava_opikeskkonna_kujundamine_koolis_Tiia_Lister.pdf

Поведенческие расстройства

Айме Меос, Маргит Коолмейстер, Кайри Ноол

Поведенческие расстройства (ПР) – это отклонения от нормального, соответствующего возрасту поведения, отвечающие конкретным критериям МКБ-10, которые являются частью более широкого спектра понятий такого же содержания «проблемы поведения», «поведенческие проблемы», «трудности в поведении».

Причины и динамика проблемного поведения

Происходящие в обществе быстрые изменения привели к увеличению числа детей с агрессивным и проблемным поведением и росту преступности среди детей. Из-за увеличения числа детей с трудностями в поведении важно распознавать первопричину возникновения проблемного поведения; разработать новые, более эффективные меры лечения и профилактики.

У любого поведения есть какая-то причина, и для каждого ребенка с проблемами в поведении необходимо выяснить, чем вызваны проблемы в поведении у этого конкретного ребенка. Могут ли они быть нормальной реакцией на ненормальную ситуацию? Не вызваны ли непоседливость, беспокойство, агрессивность и невнимательность проблемами со здоровьем или соматическим заболеванием, СДВГ? Возможно, причиной является психологический климат в семье или ее финансовое положение? Случилось ли что-нибудь в семье ребенка или с его близкими? Каковы отношения членов семьи между собой? Ребенок из так называемой семьи риска, если: его родители злоупотребляют алкоголем или употребляют наркотики; оба родителя являются безработными и в семье экономические трудности; родители работают за границей и ребенок находится на попечении родственников или чужой семьи либо вынужден справляться в одиночку; ребенка воспитывает не справляющийся с трудностями родитель-одиночка; в семье применяется насилие, ребенок подвергся насилию и т.д.? Даже в благополучной семье, где родители слишком заняты своей работой и карьерой, у детей могут сформироваться трудности в поведении. Проблемы в поведении могут быть вызваны тем, что ребенок оставлен без внимания и заботы из-за серьезных проблем со здоровьем у родителей, таких как депрессия или тяжелое соматическое заболевание. Проблемное поведение у ребенка может быть вызвано и нестабильностью родителей или противоречивостью методов воспитания. На психологическое состояние ребенка и, таким образом, на его поведение влияют отсутствие чувства защищенности и близости; страх и неуверенность; ощущение своей ненужности, отсутствие любви; недостаточность опыта и радостных переживаний и неудовлетворение потребностей ребенка. Поведенческие расстройства могут сопровождаться нарушениями физического или психического здоровья ребенка.

Зачастую одним из проявлений поведенческих проблем является преступное и антиобщественное (асоциальное) поведение. Все большее распространение асоциального поведения сопровождается идущими в обществе изменениями: постоянной демонстрацией насилия в масс-медиа, экономическими трудностями и неравенством в семьях, насилием в семье, ненадлежащим обращением с детьми, злоупотреблением наркотиками и т.д. Дети с антиобщественным поведением – жертвы окружающих их условий и самих себя, и для того, чтобы справиться со сложившейся ситуацией и исправить свое поведение, они в значительной степени нуждаются в поддержке и помощи. Из-за аккумуляции плохих и неправильных условий среды (особенно касающихся семьи) эти дети чувствуют себя незащищенными и принимают нежелательные модели поведения, которые могут сохраняться в течение длительного периода времени, приводя к напряженному состоянию и разочарованию как в самом себе, так и в других людях.

Асоциальное поведение работает против нужд и задач социальной группы (семья, класс, школа, и т.д.) и включает в себя неспособность дружелюбно общаться и сотрудничать; враждебность и пренебрежение по отношению к другим; отказ оказывать другим помощь; безответственность; неблагонадежность и зачастую отсутствие чувства вины при совершении предосудительного поступка. С точки зрения родителей и других взрослых такого рода поведение неподобающе и нежелательно, и свидетельствует об общих нарушениях в процессе социализации ребенка. Причина любого вида поведения – в воздействии, которое оказывалось на человека в течение жизни, это подчеркивает важность усвоенного поведения.

Плохое поведение ребенка может преследовать различные цели:

- получить особое внимание;
- показать, что никто не может запретить мне делать то, что я хочу, или заставить делать вещи, которые я не хочу делать;
- показать, что люди не заботятся обо мне, и если со мной поступают несправедливо, я могу сопротивляться, отомстить;
- показать, что не я не должен соответствовать ожиданиям, возложенным на меня в обучении, а если я чего-то не делаю, меня оставят в покое.

В общем плане проблемное поведение в школе проявляется двумя способами:

- поведение ребенка бросается в глаза, мешает другим (неподчинение установленному порядку, нарушение правил и т.д.);
- поведение не требует непосредственного внимания учителя, но ребенок не работает эффективно, перемены проводит в одиночестве и держится вдали от сверстников.

Проблемное поведение обоих видов может повлиять на академическую успеваемость ребенка и/или вызвать трудности для социального развития, отчего появится необходимость в составлении и применении программы поддержки.

Часто поведенческим проблемам сопутствуют остающиеся незамеченными трудности в обучении и добавление проблем в поведении, в свою очередь, начинает препятствовать посильному освоению знаний и навыков.

Знаки, свидетельствующие об изменении в поведении, на которые учителя и родители должны обратить внимание:

- ребенок замыкается в себе и держится в стороне от других (друзей, близких)
- ребенок избегает ежедневных обязанностей, он перестал заботиться о своем внешнем виде, интересоваться своими прежними хобби и окружающим
- часто отсутствует в школе, ослабляется его концентрация и оценки становятся хуже
- странно ведет себя (открытый ребенок становится замкнутым, веселый – апатичным, мрачным)
- у ребенка бессонница или он хочет слишком много спать
- у ребенка меняется вес и аппетит
- ребенок неожиданно отказывается от прежде ценных для него любимых занятий
- ребенок выражает чувства и мысли, которые никому не нравятся, занимается членовредительством, присутствуют эмоциональные вспышки без видимых причин, чрезмерная раздражительность
- ребенок начинает вести себя рискованно и опасно; употреблять алкоголь и/или наркотики

Проблемы в поведении прекращаются примерно у половины детей с проблемным поведением в течение нескольких лет. У остальных они уменьшаются или наоборот усугубляются – формируется общая враждебная позиция, неповиновение и упрямство. Подростки с проблемами в поведении довольно часто привлекаются к уголовной ответственности; им присуще рискованное поведение, они не обращают внимания на свои благополучие, репутацию, здоровье, жизнь, и достаточно рано к этому добавляется курение, употребление алкоголя и наркотиков, раннее начало половой жизни. Чем раньше в поведении у ребенка начались и дольше продолжались трудности, тем труднее изменить ситуацию.

Поведенческие расстройства

Поведенческие расстройства являются самыми распространенными психическими расстройствами у детей и молодежи (по данным международных исследований 12-14% М, 5-6% Д). Издевательство в школе также является одним из проявлений поведенческих расстройств. Количество обидчиков в группе детей/подростков средней школы составляет 20%, из них жертвами издевательств являются до 35%.

Поведенческие расстройства формируются на основе проблем с поведением, и их формированию способствуют и их формирование предотвращает ряд факторов.

Факторы риска формирования поведенческих расстройств: врожденные и послеродовые травмы; сформировавшаяся в раннем детстве привязанность без чувства защищенности; агрессивные, импульсивные и непоследовательные родители, их неспособность справиться с ролью родителя; низкий уровень образования у родителей; плохие психосоциальные условия; нервозность, агрессивность и неусидчивость ребенка; употребление наркотиков; отсутствие контроля; влияние сверстников; неспособность решать проблемы, связанные с этим напряжением и постоянные конфликты. Накопление факторов риска повышает вероятность возникновения поведенческих расстройств.

Факторы, защищающие от возникновения поведенческих расстройств: хорошие интеллектуальные способности ребенка, одаренность; определенные черты характера – покладистость, социальность, умение создавать дружеские отношения со сверстниками; существование по крайней мере одного взрослого, имеющего важное значение в жизни ребенка: хорошая успеваемость, наличие хобби, условия окружающей среды, поддерживающие развитие ребенка. Защищающие факторы сильнее, чем факторы риска, влияют на развитие ребенка и позволяют лучше справиться со стрессовыми ситуациями.

Некоторые различия в расстройствах поведения у мальчиков и девочек. У мальчиков нарушения в поведении проявляются раньше; среди них больше нарушений закона, преступлений против личности и проявлений агрессии; у них есть друзья с проблемами и расстройствами в поведении; они ведут себя вызывающе, во взрослой жизни чаще встречается диссоциальное расстройство личности.

Поведенческие расстройства у девушек характеризуются более поздним началом, главным образом в подростковом возрасте; часто добавляется депрессивное поведение, чрезмерная тревожность и членовредительство; вульгарное поведение, ранние половые связи и беременности; поиск компании парней с поведенческими расстройствами, позднее могут добавиться некоторые другие психические расстройства.

Психиатрическая экспертиза детей с поведенческими расстройствами. При диагностировании поведенческих проблем для уточнения проблемы ребенка прежде всего важно опросить как ребенка, так и его родителей, собрать информацию из школы и от других контактирующих с ребенком взрослых (например, от социального работника). Важно уточнить развитие ребенка, историю жизни до сегодняшнего дня и данных по учебе; получить обзор о среде, в которой растет ребенок, о членах семьи и о том, как они справляются со своими обязанностями. Важно изучить, каковы отношения ребенка со сверстниками (друзья, изменился ли круг общения?); есть ли история употребления алкоголя и/или наркотиков (как, в каком возрасте начал?); были ли у ребенка нарушения закона, обсуждались ли его проблемы в комиссии по делам несовершеннолетних и приняты ли меры наказания. Необходимо уточнить, какие меры и с каким результатом применялись для преодоления проблем в поведении ребенка;

попадал ли ребенок ранее на исследования в связи с проблемами в поведении или из-за какого-либо другого психического расстройства, назначалось ли ему лечение и каков был результат. Для диагностирования поведенческих расстройств, безусловно, необходимо оценить когнитивные способности ребенка, а также возможное наличие других психических расстройств, которые вызвали поведенческое расстройство или сопутствуют расстройству поведения.

Симптомы поведенческих расстройств

Поведенческие расстройства характеризуются повторным и устойчивым диссоциальным, агрессивным или упрямым поведением, которое продолжается в течение по крайней мере 6 месяцев. Ребенок с расстройствами поведения нарушает основные права других лиц или основные нормы и правила поведения, свойственные данному возрасту, и явно идет вразрез с соответствующими возрасту социальными ожиданиями. Расстройство поведения должно быть более серьезным, чем обычное детское озорство или бунтарство подросткового возраста. Диагноз основывается на таких проявлениях поведения, как чрезмерная драчливость и издевательства, угрозы, жестокость в отношении людей или животных, уничтожение чужого имущества, поджог, воровство, многократная ложь, отсутствие в школе без уважительной причины, побеги из дома, частые и сильные вспышки гнева и неповиновение. Дети с поведенческими расстройствами часто выражают гнев против взрослого мира; отмечается неспособность ребенка направить свою энергию на конструктивную деятельность. Для диагностирования достаточно любых из перечисленных примеров поведения, повторяющихся на постоянной основе, однако единичные асоциальные действия не являются достаточным основанием для этого. Симптомы поведенческих расстройств могут встречаться в случае целого ряда психических расстройств.

Подвиды поведенческих расстройств

В случае поведенческих расстройств, проявляющихся в семье, асоциальное или агрессивное поведение проявляется только дома или при общении с членами семьи. Могут присутствовать кражи у одного или нескольких членов семьи, порча вещей, одежды или предметов мебели; насилие в отношении членов семьи; поджигание дома. Основная причина такого поведенческого расстройства – плохие отношения с некоторыми членами семьи (например, с мачехой или отчимом), и вероятность справиться с таким нарушением поведения больше, чем в случае других поведенческих расстройств.

Несоциализированное поведенческое расстройство характеризуется комбинацией асоциального и агрессивного поведения, которое сопровождается заметными и стойкими ненормальными отношениями с другими детьми – ребенок обособляется, попадает в немилость, отсутствуют постоянные эмпатические отношения с ровесниками, нет близких друзей. Отношения с взрослыми в основном враждебные или вздорные (с кем-нибудь из взрослых могут быть и относительно хорошие отношения). Характерным признаком является готовность атаковать, придирчивость, своенравие, драчливость, непослушание и неконтролируемая ярость; вымогательство у младших сотоварищей; отказ от сотрудничества и подчинения авторитетам. Также может

наблюдается повреждение имущества, организация поджога и жестокость по отношению к другим детям или животным. В большинстве случаев это поведенческое расстройство выражается одинаково в любых ситуациях, но иногда в школе более явно. Некоторые находящиеся в психологической изоляции дети также могут быть замешаны в групповом хулиганстве. Таким образом, при постановке диагноза особенности агрессивного и оскорбительного для окружающих поведения менее важны, чем качество личных отношений со сверстниками и взрослыми.

Социализированное расстройство поведения включает постоянное диссоциальное или агрессивное поведение у ребенка, который относительно хорошо уживается со своими сверстниками. Часто (но не всегда) дети с социализированным расстройством поведения объединяются в группы, члены которых одобряют социально неуместное поведение и поведение ребенка начинает регулироваться субкультурой, к которой принадлежит ребенок. Ребенок может входить и в непреступную группу сверстников, по отношению к которой он лоялен, и вести себя асоциально вне этой группы. Этот факт не исключает диагностирования социализированного расстройства поведения.

Вызывающе-оппозиционное поведение как поведенческое расстройство обычно возникает у детей в возрасте 9-10 лет. Типичным является заметно ненормальное, непослушное, вызывающее поведение, которое, однако, не влечет за собой серьезных асоциальных или агрессивных действий, нарушающих закон или права других людей. Обычно такое поведенческое расстройство проявляется наиболее сильно в отношениях со взрослыми или знакомыми ребенку сверстниками. Для вызывающе-оппозиционного поведения характерен по меньшей мере полгода длящийся шаблон поведения, который выражается в негативизме, враждебности, упрямстве, легкой возбудимости, постоянном пререкании, невыполнении требований и/или правил. Ребенок с вызывающе-оппозиционным поведением зачастую намеренно беспокоит, надоедает и мешает другим людям; обвиняет других в своих ошибках или в обуславливании своего неподобающего поведения; часто озлоблен, возмущен, назойлив или требует «возмещения за нанесенный ущерб». Характеристики вызывающе-оппозиционного поведения должны проявляться чаще, чем это характерно для детей данного возраста и стадии развития, нарушения в поведении вызывают значительные проблемы в социальном общении ребенка, обучении или деятельности.

Другие нарушения, сопутствующие поведенческим расстройствам. Расстройства навыков обучения часто встречаются вместе с поведенческими расстройствами. Почти половина детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности имеют достаточно симптомов для диагностирования поведенческих нарушений. У одной трети детей, страдающих депрессией, наблюдаются поведенческие расстройства и у трети детей с поведенческими расстройствами имеется также и депрессия. Так как иногда бывает трудно различить, являются ли симптомы поведенческого расстройства проявлением депрессии или свидетельствуют о независимом поведенческом нарушении, то в детском возрасте существует и отдельно диагностируемое поведенческое нарушение с депрессией.

Лечение поведенческих расстройств

В лечении поведенческих расстройств первое место занимают психосоциальные методы и нормализация среды риска. Компетенция детского психиатра необходима для распознавания симптомов психического расстройства, понимания факторов, влияющих на развитие, составления плана лечения и определения цели лечения. Не существует специфического лекарства для лечения поведенческих расстройств, но иногда лекарства назначаются для снижения сильных порывов чувств или смягчения сопутствующих проблем (например, расстройства сна, и т.д.). Разумеется, нуждаются в лечении сопутствующие психические расстройства. Оценка состояния детей с поведенческими расстройствами осуществляется преимущественно в амбулаторных условиях, но в некоторых случаях необходимо краткосрочное обследование в больнице.

Как справиться с трудностями в поведении

В отличие от многих других психических расстройств, проблемное поведение является предметом беспокойства, прежде всего, для окружающих, а не для самого ребенка, и потому его мотивация для сотрудничества и для изменения обычно недостаточна. Свою лепту в сохранение и усугубление мешающих шаблонов поведения вносит реакция окружающих на проблемное поведение. Учителя детей с проблемным поведением часто заостряют внимание на условиях и причинах, которые они не могут изменить. Подчеркиваются более низкие способности детей и «тяжелый характер»; влияние родителей на формирование проблемных моделей поведения; отсутствие необходимых условий для обучения нестабильных детей и детей с особыми потребностями и т.д. На самом деле учитель может сделать очень многое для обучения, воспитания и изменения детей с проблемами в поведении – заниматься именно в настоящий момент конкретным ребенком и определенным классом, работать вместе с ребенком и его семьей во имя общей цели. Учитель может преподать ребенку новые подходящие манеры поведения, использование которых увеличит шансы ребенка на успех. Таким целостным подходом в школе возможно изменить поведение ребенка с поведенческими проблемами и улучшить его способность справляться с жизненными ситуациями. Не существует лекарств, предназначенных для лечения поведенческих расстройств.

Таким образом, лечение поведенческих расстройств длительное и комплексное, следует учитывать потребности развития ребенка и не существует ни одного вмешательства, которое было бы эффективно в любом возрасте. В соответствии с возможностями и индивидуальными особенностями случая лечение поведенческих расстройств детей может подразделяться на следующие этапы:

- осведомление родителей о развитии ребенка, особенностях, поведенческих расстройствах и методах воспитания, и консультирование родителей (включая группы поддержки родителей)
- наблюдение за поведением ребенка и предоставление об этом информации (обратной связи) как ребенку, так и взрослым, занимающимся с ребенком (то есть опорный план поведения в школе, система баллов в доме или в школе, и т.д.). Важно, чтобы поведение, которое наблюдают и

оценивают, воспринималось и оценивалось бы одинаково как ребенком, так и оценивающим его взрослым, например, «Ты дома в десять», а не «Не доставляй неприятностей» (см. также главу о СНВГ).

- поведенческое обучение родителей – как устанавливать границы, доходчиво общаться, решать проблемы (включая также обучение искусству переговоров) и др. В Эстонии обучиться родительским навыкам можно, например, в семейной школе Гордона
- обучение семьи навыкам справляться со сложными ситуациями
- организация встреч дом-школа – чем более серьезным является проблемное поведение, тем более важно, чтобы встречи проходили регулярно и в ходе встреч не искались виноватые и не предъявлялись обвинения
- тренировки социальных навыков ребенка (как индивидуальные, так и групповые)
- консультирование родителей по решению личных проблем и проблем в отношениях
- временное отделение ребенка от семьи, если семья в данный момент очень дезорганизована
- перекрестные встречи при участии специалистов, занимающихся ребенком и семьей

Как и каждый человек, ребенок с проблемами в поведении нуждается в надежности, а ее, как правило, обеспечивают конкретное расписание дня, суточный ритм и установленные правила. Это, в свою очередь, помогает приучить ребенка к порядку и дисциплинировать. Дисциплинированность направляет, руководит и учит детей, уважая права других, контролировать и формировать свое поведение.

Зачастую ребенок с трудностями в поведении не овладел навыками общения и способностями реагировать на социальные ситуации – его либо никто этому не учил, либо эти навыки не закреплены. Для преодоления трудностей в поведении необходимо обучить ребенка необходимым правилам и нормам и руководить ребенком.

- В школе важно в начале каждого учебного года напоминать детям правила поведения в школе и классе. К ним относятся как поведение во время урока, включая работу и общение, так и поведение на переменах.
- Поначалу необходимо обсудить всем классом и согласовать общие правила. В ходе обсуждения каждый может сказать, какого поведения он ожидает от одноклассников, а также от учителя.

- Правила должны быть записаны в простом изложении (например: «Будем вежливы»; «Говорим тихо») и помещены на видном месте на стене класса. Этот прием можно применять для детей любого школьного возраста. Правила должны включать основные манеры поведения; слишком длинный и подробный набор правил не достигнет своей цели
- Наряду с правилами необходимо договориться о последствиях нарушения правил. Не каждое нарушенное в классе правило должно сразу повлечь наказание. Поначалу было бы хорошо напомнить о договоренности и объяснить, что такое поведение мешает всем другим и мешает проведению урока.
- Установка общего набора правил и следование им сделает всех учащихся ответственными как за свое благополучие, так и за благополучие других.
- На мешающее поведение ребенка нужно реагировать по мере возможности немногословно. Следует избегать отдавания приказов и упреков («Сколько раз я должен тебе это говорить», «Ты никогда не слушаешь, что тебе говорят!», «Я тебе уже это столько много раз говорил, а ты все равно делаешь так, как хочешь». «Я вынужден поговорить с твоей матерью и сказать ей, как ты себя ведешь!»).
- На нарушение порядка необходимо реагировать конкретной фразой: «Мы договорились, что...», «Я с тобой вежлив, будь и ты со мной, пожалуйста, вежлив».
- Ребенку, ищущему внимания, не следует оказывать много внимания. Действует то же правило – напомните ему о договоренности.
- При общении нельзя использовать сарказм, осуждение, преднамеренное публичное пристыжение или постоянную критику. Следует оценивать конкретный поступок ребенка, а не самого ребенка.
- Обращаясь к нарушителю порядка, следует понизить тон своего голоса, убедиться, что он вас слышит и передать ваше послание тихим, но твердым голосом. Передать следует конкретное распоряжение и напомнить о заключенной договоренности.
- Если внимание нарушителя порядка невозможно привлечь понижением голоса, для привлечения внимания можно сначала повысить голос, но для передачи распоряжения и напоминания о договоренности голос следует снова понизить.
- С нарушителем порядка желательно говорить о его поведении без свидетелей, поскольку если вы делаете это перед всем классом, нарушитель привлекает внимание всего класса и ситуация становится более сложной. После урока учитель может позвать ребенка к себе и вновь обсудить условленные правила с ним наедине.

- Одной из возможностей изменить поведение нарушителя порядка – заключить с ним твердое соглашение относительно того, что произойдет, если он не будет контролировать свое поведение.
- Можно использовать поведенческие листы, в которых записаны желаемое поведение, цели, вознаграждения и последствия. Для того, чтобы поддерживать у ребенка интерес к следованию листам поведения, необходимо их разработать совместно с ребенком. Поведенческий лист помогает учителю и ребенку получить обратную связь как о желательном, так и о нежелательном поведении. В случае с ребенком, имеющим поведенческие проблемы, зачастую забывают, что ребенок иногда ведет себя хорошо, что у него есть и положительные качества и/или умения. Ребенок, постоянно получающий негативные отзывы о своем поведении, и сам порой забывает, что иногда он может прекрасно справляться. Обращая внимание на хорошие поступки, качества и умения ребенка, вы мотивируете его изменить свое поведение.
- Зачастую дети с проблемами в поведении используют бранные слова и это, конечно, нельзя оставить без внимания. При рассмотрении использования бранных слов действует то же правило, как и в случае другого нежелательного поведения: следует напомнить о заключенных договоренностях. Для того, чтобы справиться с проблемой использования бранных слов, можно пользоваться такими методами, как: отправить использовавшего бранное слово подростка в туалет для очистки рта туалетной бумагой; отреагировать, посмотрев ребенку в лицо и спросив: «Что ты сказал?» или напомнив о том, что нужно говорить вежливо.

При попадании в **конфликтную ситуацию** с ребенком взрослый должен попытаться сохранить спокойствие и сгладить сложившуюся проблемную ситуацию, а не разогреть ее. При возможности следует направить внимание ребенка в другую сторону и, если удастся, то совершить это раньше, чем у ребенка вспыхнет бурный взрыв чувств. *Например, видя двух спорящих мальчиков, можно твердо и спокойно направить их на другие виды деятельности, а не начинать возмущаться или ждать, пока спор перерастет в драку.* Поскольку в большинстве случаев при плохом поведении ребенка существует много раздражающих вещей, целесообразно выбрать некоторые элементы поведения, с которыми никак нельзя мириться и сконцентрироваться на их изменении. Корректировка других проблем с поведением в то же время останется несколько в стороне. Взрослому важно следить как за собственным уровнем стресса, так и за уровнем стресса ребенка и, при росте напряженности, попытаться разрядить ситуацию. Самый простой способ – взять паузу (на 5-10 минут), осознавая, например, что вам нужно подумать. Вне зависимости от того, какая реакция за этим последует, нужно попытаться сохранять спокойствие и, по возможности, обменяться мнениями. Важно не то, кто скажет последнее слово, а то, у чьего слова окажется больший вес (и в нашем обществе этим является слово отвечающего за ребенка взрослого).

Взрослый должен попытаться не показывать свои негативные эмоции по отношению к поведению ребенка – по возможности проигнорировать и спокойно применить согласованное ранее наказание. Раздражение обычно вызывает ответную реакцию раздражения. Дети с поведенческими нарушениями зачастую заранее настроены на негативную установку по отношению к себе и по большей части готовы к самозащите. Стоит помнить, что наказание может изменить поведение, но не меняет установку.

Следует иметь в виду:

- В преодолении поведенческих проблем не принесут пользы упреки, чтение морали, пререкание, а также непрошенные и незапланированные указания
- пользу принесет реагирование на последствия, а не поиск виноватых
- немедленное и относительно мягкое наказание является столь же эффективным или даже более эффективным, чем позднее и суровое наказание
- когда это возможно, следует использовать положительное закрепление желаемого поведения
- важно всегда находить что-то положительное, за что можно похвалить и на чем сосредоточиться, например, признать гибкость и готовность к сотрудничеству.

Поскольку работа с проблемным поведением напряженная, требует от занимающегося с ребенком взрослого много эмоциональной энергии, велика опасность перегореть, поэтому взрослому необходимо заботиться и о себе. Нельзя в одиночку бороться с проблемами ребенка – работа с проблемным поведением – это командная работа. Важен прямой обоюдный контакт занимающихся с ребенком взрослых, регулярные встречи как для координирования деятельности, так и для положительной обратной связи и взаимного оказания поддержки. Принесет пользу заключение конкретных соглашений по движению информации о проблемах ребенка между школой и домом. Важно сообщать о проблемах как можно скорее, но постоянное оповещение о ежедневных мелких провинностях не является продуктивным. Чтобы избежать искажения и преднамеренных манипуляций, разумно постоянно проверять, соответствует ли реальности информация, данная ребенком с поведенческими нарушениями, о себе или о других.

Перегорание помогают предупредить

- Понимание, что никто не может все время всеобъемлюще посвящать себя другим
- Поиск новых методов в своей работе

- Любое самосовершенствование работает как терапия
- Разграничение для себя важного и второстепенного
- Планирование своего времени, так чтобы его хватало для любимых дел и хобби
- Претворение в жизнь некоторых вещей, которые планировалось осуществить только на пенсии
- Забота о своем теле
- Поддержка семьи и друзей

Использованная литература

- Almquist ,F jt. (2006). Laste ja noortepsühhiaatria. Medicina (стр.261-271).
- Bill Rogers. (2008). Taasleitud käitumine. TÜ Kirjastus
- Heiki Krips jt. (2012). Suhtlemine probleemsete õpilastega. AS Atlex

Рекомендуемая литература

- Keltikangas-Järvinen, L. (1992). Agressiivne laps.
- Walton, F.X., Powers, R.L. (1993). Kuidas saavutada laste poolehoid?
- Neuhaus, C. (2001). Hüperaktiivne laps
- Walton, F.X. (2001). Kuidas saavutada teismeliste poolehoid nii kodus kui koolis.
- Roomeldi, M. jt. (2003). Hüperaktiivne laps Tartu Ülikool
- Eila Laukakanen jt. (2008). Kuidas aidata psüühikaprobleemidega noorukit. Medicina
- Winterhoff M. (2010). Kuidas meie lastest kasvavad väikesed türannid?
- Joanne Steer, Kate Horstman. (2011). Aktiivsus- ja tähelepanuhäirega laste ja noorte abistamine õppetöös. Kirjastus Kunst
- Jesper Juul. (2013). Agressiivsus. Väike Vanker

Нарушение активности и внимания

Катре Кандимаа, Маргит Коолмейстер, Мадис Парксепп

Нарушение активности и внимания (НАВ) – связанная с развитием особенность работы головного мозга, проявляющаяся в нарушениях внимания, чрезмерной непоседливости (гиперактивности) и импульсивности, из-за чего поведение ребенка трудно управляемо. НАВ начинается в раннем детстве, а свойственное НАВ поведение устойчиво во времени и не зависит от ситуации.

НАВ как нарушение психической деятельности было описано еще в 18 веке, когда заметили значительное влияние симптомов НАВ на жизнедеятельность некоторых людей. Однако современное толкование НАВ выработали в последние десятилетия, опираясь на постоянно добавляющиеся новые научно обоснованные данные.

В случае НАВ мы имеем дело с одним из наиболее часто встречающихся в детском возрасте психических расстройств, от которого страдает около 3-5% детей школьного возраста. Точные эпидемиологические данные о распространенности НАВ среди детей Эстонии отсутствуют. Первичные проявления НАВ возникают в раннем детстве, но более серьезные проблемы с обучением ребенка и контролем его поведения зачастую могут возникнуть только в детском саду или школе. У мальчиков это нарушение встречается в три раза чаще, чем у девочек. У мальчиков чаще проявляются признаки непоседливости, а у девочек – признаки дефицита внимания, но может быть и наоборот. Мы имеем дело с очень частым психическим расстройством, способность справляться с ежедневными делами у страдающих им детей очень разная и зависит от тяжести симптомов, простираясь от минимальных трудностей до серьезных проблем в ежедневных делах. Кроме того, на способность ребенка с НАВ справляться с ежедневными делами влияют и осложняют взаимодействие с ребенком другие возможные сопутствующие психические расстройства.

В последнее время все больше внимания уделяется наличию НАВ в зрелом возрасте. Хотя в этой области еще много неопределенности, кажется, что у довольно значительной части детей с диагностированным НАВ симптомы НАВ могут полностью или частично сохраниться и в зрелом возрасте.

В основном дети с НАВ оказываются у детского психиатра по инициативе родителей, иногда по направлению семейного врача, часто по рекомендации учителей, а в некоторых случаях – по инициативе самих детей в подростковом возрасте. Наиболее частыми причинами обращения являются трудности в обучении как в школе, так и дома, проблемы с поведением и плохие отношения как с взрослыми, так и со сверстниками.

Симптомы, свойственные НАВ – нарушения внимания, импульсивность и чрезмерная активность – могут присутствовать как у детей с другими психическими расстройствами, так и проявиться у детей без психических расстройств. Это обуславливает необходимость проведения уточняющих обследований и постановки диагноза группой специалистов детской психиатрии. Точный диагноз является условием предоставления как можно более эффективной помощи.

Причины и симптомы НАВ

НАВ формируется в результате взаимодействия влияющих на развитие головного мозга генетических, биологических и психосоциальных факторов, которые вызывают в разных отделах головного мозга структурные и функциональные изменения. Некоторые из этих изменений удалось на сегодняшний день описать при помощи различных методов по исследованию головного мозга. Описаны также и некоторые сигнальные молекулы головного мозга, прежде всего допамин и норадреналин, изменение их баланса в различных областях головного мозга.

Из-за изменений в деятельности головного мозга, лежащих в основе НАВ, прежде всего, нарушено выполнение функций, связанных с деятельностью лобной доли головного мозга, то есть регуляция готовности к действию, оперативная память, контроль за реагированием на стимул и планирование деятельности. В поведении эти особенности мозговой деятельности проявляются в том, что ребенок не может надолго сконцентрироваться на деятельности, не приносящей немедленного удовлетворения; не обращает внимания на детали, делает ошибки по невнимательности; не обращает внимания на то, что ему говорят; часто не следует данным ему указаниям и не может закончить данную ему работу; не может планировать свои действия и заранее их продумать; пытается избежать деятельности, требующей длительного психического напряжения, или выражает протест по отношению к ней; теряет нужные ему предметы; часто не помнит своих повседневных дел. Внимание ребенка легко переключается на посторонние стимулы; он не дожидается в своих действиях очереди; нетерпеливо прерывает речь других или назойлив; ребенок разговаривает слишком много; он беспокойно дергает рукой или ногой, качается на стуле; постоянно проявляет моторную гиперактивность и не в состоянии изменить свое поведение в зависимости от ситуации.

Степень перечисленных трудностей может меняться в течение жизни, и в разные периоды жизни в значительной степени зависит как от общей степени развития человека, так и от сопутствующих заболеваний.

Хотя в случае НАВ при помощи различных обследований можно описать изменения в деятельности головного мозга, данные изменения свойственны не только НАВ, и точность получаемых результатов в целом на сегодняшний день еще не настолько высока, чтобы использовать их в каждодневной работе. Поэтому диагноз НАВ основывается на истории развития ребенка, анализе его непосредственного поведения и общения, как вспомогательное средство используются результаты психологических исследований и обследование педагога-дефектолога. Может показаться, что беспокойного и подвижного ребенка сразу видно, однако диагностирование НАВ требует неоднократных

встреч как с ребенком, так и с семьей. Часто необходимы и дальнейшие встречи для оказания поддержки в ежедневной деятельности ребенка и его семьи.

Для диагностирования НАВ используются заполненные родителями и учителями, а также, в случае подростков, и самими детьми, опросники и шкалы. Также необходима оценка когнитивных функций, как для уточнения диагноза (например, оценивание внимания и исполнительных функций мозга), так и для оценки возможных сопутствующих нарушений (например, трудности в обучении). Необходимо и наблюдение за поведением ребенка в различных ситуациях, для диагностики очень важны описания поведения ребенка, данные родителями и учителями. Иногда бывает необходимо понаблюдать за поведением и состоянием ребенка в больнице.

Решение о необходимости и целесообразности различных исследований выносит детский психиатр.

Лечение НАВ

Лечение НАВ длительное и состоит из психосоциального лечения и использования лекарственных препаратов. В психосоциальном лечении нуждаются все дети с НАВ, причем для детей дошкольного возраста и школьников с незначительным снижением оперативных способностей это является основным средством лечения. Использование лекарственных средств показано, когда примененные методы психосоциального воздействия оказались недостаточно действенными для исправления оперативных возможностей ребенка. Дети и их родители часто нуждаются в мотивации и поддержке как в начале процесса лечения, так и для его продолжения.

Психосоциальное лечение включает в себя следующие действия:

- консультирование родителей (в том числе консультации по обмену опытом, группы поддержки родителей)
- вмешательства, направленные на семью, включая семейную терапию
- помощь, предлагаемая в школьной среде
- вмешательства, ориентированные на детей (например, обучение навыкам саморегулирования, социальным навыкам), как индивидуальные, так и групповые.

Принимая во внимание целевую группу данного сборника, следует более подробно рассказать о помощи, предлагаемой в школьной среде, о возможностях учителя повлиять на поведение ребенка и рекомендациях родителям для решения проблем ребенка.

Помощь, предлагаемая в школьной среде, содержит в себе как применение вспомогательного обслуживания, адаптацию окружающей среды, так и действия, направленные на то, чтобы повлиять на поведение ребенка. При осуществлении любого приема помощи необходимо сотрудничество между родителем, учителем и другими взрослыми, соприкасающимися с ребенком.

В качестве вспомогательных услуг можно применять:

- учебную помощь
- исправительное обучение
- индивидуальную учебную программу для ребенка по проблемному учебному предмету
- опорную программу по поведению
- помощь опорных специалистов (педагог-дефектолог, логопед, психолог, социальный педагог)
- наличие в классе опорного лица ребенка

В целях **адаптации окружающей среды** возможно:

- обучение в маленьких классах
- обучение по индивидуальной программе

При рассматривании **деятельности, направленной на изменение поведения** ребенка с НАВ, помочь может такой подход, при котором НАВ считается нарушением тормозящей способности, связанной с исполнительными функциями мозга:

- неспособность затормозить влияние раздражителей – рассеянное внимание
- неспособность тормозить собственные мысли – импульсивность
- неспособность тормозить поведение, вызванное раздражителями или мыслями – гиперактивность.

Исполнительные функции и проблемы, связанные с их нарушением:

- Тормозящая способность – способность тормозить деятельность на достаточно длительный период времени, чтобы другие исполнительные способности смогли адекватно развиваться. В случае слабости тормозящей способности страдает развитие всех исполнительных функций
- Оперативная память – количество информации, с которой мозг способен работать в какой-то конкретный момент времени. Плохая оперативная память зачастую влияет и на успеваемость, поскольку ребенок не в состоянии хранить в памяти более длинные задания и большое количество данных, чтобы использовать их для выполнения распоряжений или решения задач.
- Дальновидность – способность предвидеть будущие потребности и последствия действий. В случае нарушения этой способности становится трудно приостановить сиюминутные действия/желания во имя будущего, поскольку в данный момент будущее в голове ребенка с НАВ не существует.

Это не означает, что ребенок не заботится о своем будущем.

- Способность делать выводы – способность сохранять знания о продуктивности прошлой деятельности в оперативной памяти и в дальнейшем применять эти знания. В случае нарушения этой способности при планировании новой деятельности трудно учитывать последствия прошлой деятельности – ребенок постоянно делает те же ошибки.
- Способность планировать – способность составить в голове план действий и осуществить его. При расстройстве данной способности при составлении плана действий и его проведении трудно учитывать все обстоятельства, помнить сроки выполнения своих работ, правильно планировать требующееся на их выполнение время и т.п.
- Внутренняя речь – способность внутреннего монолога; механизм обсуждения с собой своих планов. Ребенок с плохо развитой внутренней речью не может, в случае возникновения проблем, обсудить их сам с собой, а реагирует необдуманно.
- Чувство времени – способность верно чувствовать течение времени и учитывать его при осуществлении деятельности. В случае нарушения чувства времени ребенок не в состоянии правильно учитывать течение времени, для ребенка время, чаще всего, либо тянется, либо движется слишком быстро.
- Переключения с одного вида деятельности на другой – способность переносить внимание с одного действия на другое. При низком уровне этой способности ребенку сложно прекратить деятельность даже при неоднократном напоминании.
- Способность различать эмоции и факты – способность осознать, что сам факт и реакция, связанная с ним, – две разные вещи. При нарушении этой способности ребенку трудно понять, что у каждого факта существует как свое объективное, так и субъективное/эмоциональное содержание. Например, дорожная пробка объективно обозначает остановку определенной продолжительности в запланированной деятельности. Один человек может расценивать это спокойно, как дополнительное время для организации своих мыслей; а другой – как только против него одно направленное препятствие.

При изменении поведения ребенка необходимо учитывать, что:

- изменение поведения должно стоить вложенных в него усилий, поскольку в поведении детей с НАВ, как правило, много элементов, которые могут мешать занимающимся с ним взрослым. Для того, чтобы избежать формирования жизни как постоянной арены боевых действий и сохранить готовность ребенка к сотрудничеству, было бы целесообразно выбрать для решения некоторые конкретные и на данный момент наиболее важные проблемы. Например, договориться выполнять задания вечером в установленное время, при этом менее важно, в каком именно порядке ребенок выполняет дела.

- ребенок должен быть способен постоянно контролировать изменение поведения

Не имеет смысла выбирать способ поведения, неподконтрольный ребенку. Например, ребенок с НАВ не сможет тихо и неподвижно просидеть целый урок.

- вознаграждение/наказание должно действовать

Вознаграждением/наказанием должны быть вещи, важные для ребенка. В случае НАВ лучше работает маленькое, но конкретное вознаграждение (похвала, конфета, премиальный балл и т.п.), чем удаленное во времени. Наилучшие результаты дает, в большинстве случаев, закрепление желаемого поведения вознаграждением, чем наказание за нежелательное поведение. Так, всегда будет более действенно отметить и признать, что ребенок действует хоть немного так, как мы хотели. «Молодец, что сделал это задание сегодня сам, посмотрим, готовы ли мы справиться и с остальными делами». Вознаграждения следует часто пересматривать таким образом, чтобы они по-прежнему оставались желанными.

О наказаниях было бы мудрее договориться заранее, чтобы избежать ситуаций, когда ребенок будет наказан за то, что не было ему неподконтрольно, или наказание, учитывая содеянное, окажется чрезмерно суровым. Можно было бы предпочитать естественные последствия содеянного: «Ты слишком затянул сегодня с тем, чтобы приступить к учебе, так что на компьютер сегодня времени больше не хватит». Умеренное, немедленное наказание обычно столь же эффективно, как растянутое во времени и суровое. Так, например, день-два запрета на пользование компьютером столь же эффективны, как месяц без компьютера; во втором случае применение наказания сложнее контролировать и изначальная причина наказания под конец уже, скорее всего, забыта ребенком. Это не означает, что при повторном нарушении соглашения наказание не может быть продлено.

- плану изменения поведения следует неуклонно следовать и, при необходимости, вносить изменения
Важно учитывать, что изменение поведения займет время и успех придет, скорее всего, только спустя некоторое время, таким образом важно иметь настойчивость. Однако в начале предъявление новых требований может вызвать обострение нежелательного поведения.
- поведение, требующее изменения, является проблемой и для самого ребенка.

Почему следует поспешить одеться утром, если это означает остаться без любимого мультфильма?

Одна из возможностей сделать изменения в поведении легче прослеживаемыми и обратную связь сделать для ребенка заметной – так называемая система баллов или «система игровых марок». С ребенком договариваются об одном

или нескольких конкретных видах поведения (например, поднять руку и ждать очереди, если хочешь что-то сказать, или сидеть за столом в оговоренное время и делать домашнюю работу), осуществление которых контролируется некоторое время, и по истечении договоренного времени отмечается в таблице. Последнее ребенок может делать сам, закрашивая соответствующий квадратик, приклеивая наклейку, помещая в банку бусинку. При получении определенного количества очков, ребенок может также выкупить и большую награду. Необходимо учитывать, что, чем в более серьезной форме у ребенка выражено НАВ, тем короче должен быть прослеживаемый период, за который ребенок получил балл и тем более незамедлительной должна быть заработанная награда. Например, ребенок смог пробыть на уроке 20 мин, никого не перебивая, и поднимать руку для ответа на вопросы.

Рекомендации учителю

При работе с ребенком с НАВ помните изречение: «Юмор и терпение – два верблюда, с которыми можно пройти через пустыню».

Если в классе есть дети с НАВ:

- создайте структурированную и предсказуемую среду
- создайте в расписании дня определенные ритуалы (включая ясный сигнал о начале и конце урока)
- сделайте учебные занятия более короткими, делайте больше перерывов, предлагайте больше разных возможностей для решения заданий
- установите четкие правила
- при необходимости среагируйте немедленно на поведение ребенка
- относитесь позитивно и признавайте также и усилия, а не хвалите только за достижения
- определите место ребенка вблизи от себя
- при возможности посадите ребенка с одноклассником, подающим положительный пример

В классе, где учится ребенок с НАВ, письменный план действий должен располагаться на видном месте (важно подкрепить устную информацию визуальной). Ребенок с НАВ не должен чувствовать скуку, обучение должно быть как можно более разнообразным, опираться на сильные стороны ребенка. В решении заданий следует дать ребенку с НАВ одну задачу за раз, при необходимости инструкции следует упростить и снова повторить или дать ребенку самому их повторить. Более объемные задания было бы целесообразным разделить на посильные для ребенка части. Часто необходимо более точно описывать, что начинаем делать и условиться о том, как обратиться за помощью. При подаче нового материала важно создать визуальный контакт с ребенком с НАВ, между действиями делать краткие заключения. Ребенку с НАВ лучше было бы представлять задания по возможности в письменной форме или визуально, так, чтобы он мог при необходимости повторно перепроверить исходные данные.

Вызывающее поведение ребенка с НАВ нельзя интерпретировать как личное нападение, но воспринимать как составную часть расстройства. Учитель должен быть в состоянии управлять собой и реагировать подходящими и предусмотренными мерами.

Чтобы избежать конфликтов, постарайтесь сгладить проблемную ситуацию, не накалять ее:

- попробуйте отвлечь внимание ребенка
- следите за языком тела ребенка, чтобы предотвратить конфликтную ситуацию
- иногда будет правильным вовсе не обращать на ребенка внимания в конфликтной ситуации
- **избегать препирательства**
- предупредите о предстоящих изменениях, чтобы дать ребенку время на переключение с одного вида деятельности на другой
- следите за «спидометром стресса», то есть, чтобы избежать конфликта, разумнее что-то сделать тогда, когда уровень стресса ребенка или учителя еще не достиг 100%
- в напряженной ситуации просто «остановитесь» и запаситесь временем, чтобы обдумать ситуацию. 5-10 минут – это все, что нужно большинству людей, чтобы успокоиться и начать ясно мыслить. За это время большинство людей в состоянии сами прийти до правильных выводов. Давление на ребенка не поможет избежать конфликта и на самом деле является малорезультативным.
- постарайтесь сохранять спокойствие и поговорить
- иногда для успокоения ребенка его надо обнять или поддержать у себя на коленях. До ребенка следует довести информацию о чувствах и эмоциях, которые вызывает в окружающих его поведение (например, использовать картинки с эмоциями)
- всегда старайтесь найти в ребенке что-то хорошее и приятное, вне зависимости от величины связанных с ним проблем.

Что должны знать друзья и одноклассники?

(Образное описание состояния. Ты бывал в парке развлечений: всюду мигающие огни, за каждым углом слышна разная музыка, разносится запах попкорна и колбасы на гриле, кричат продавцы лотерейных билетов, вращаются карусели, люди теснятся и толкаются возле кегельных дорожек).

Медицинские объяснения НАВ детям младше 12 лет трудно понять. По этой причине фраза, что «в его мозге что-то не в порядке» – не самое лучшее объяснение. Лучшее объяснение в нескольких словах ребенку в начальной школе, что:

- его однокласснику с НАВ трудно отличить, что важно, а что нет;
- поэтому он перебивает или прерывает других; он делает это не для того, чтобы досадить или вывести других из себя;
- лекарства могут помочь ему лучше понять то, что он видит, слышит или чувствует;
- очень важны четкие правила и похвалы, если он справился с чем-то сложным, например, если ученик с НАВ смог подождать до тех пор, пока не назвали его имя.

Иногда, в случае ребенка предгимназического возраста с НАВ, возможно, что он сам объясняет свою ситуацию, но возникают вопросы относительно того, насколько объективным и нейтральным он может при этом остаться перед одноклассниками. В этом случае наилучшим вариантом является объяснение классу совместно с учеником и компетентным учителем.

Сотрудничество между родителем и школой

Следующие шаги могут привести к созданию взаимного доверия между учителями и родителями. Важны регулярные встречи родителей и учителей в атмосфере взаимного уважения. Встречу следует начать с обсуждения сильных сторон ребенка. Беспристрастно и без обвинений следует описать какой-нибудь сложный случай, связанный с ребенком. Вместе следует разработать правила, которые бы действовали как в школе, так и дома, так как при сотрудничестве дома и школы возможно найти наилучшие решения.

Примеры правил

- для выполнения домашних заданий должно быть определенное время
- ребенку предоставляется среда, где можно спокойно и в тишине учиться за приведенным в порядок столом
- для решения заданий существует определенный порядок: в первую очередь более простые задания, затем более сложные задания и, наконец, самые простые задания.
- внимание концентрируется на самом важном в данный момент (не на аккуратном почерке, а на содержании работы).

Рекомендации для родителей

Дайте ребенку положительный пример в жизни и не корите за ошибки и неудачи из прошлого. Найдите время для совместной деятельности с ребенком. Укрепите его веру в себя и чувство ответственности, доверяя ему посильную домашнюю работу и задания. Поскольку ребенку с НАВ трудно контролировать свое поведение, четкие правила поведения в повседневной жизни особенно важны и их выполнения следует настойчиво требовать. Ваш ребенок должен следовать тем же правилам и плану действий везде. Небольшое количество легко запоминающихся правил дает ребенку стабильность, уверенность и направление развития. Награждайте бонусными баллами за определенные типы поведения, например, за следование правилам. Определенное количество собранных баллов ребенок может обменять на ранее согласованное вознаграждение. Разработайте премиальный план совместно и повесьте его на видном месте. Хвалите своего ребенка, если он соблюдает правила. Вмешивайтесь твердо и незамедлительно, если он нарушает правила. Это показывает ребенку, что последствия наступают сразу же. Важно достичь единогласия и сотрудничества между всеми сторонами, заботящимися о ребенке. Премия предоставляется не только за успешное выполнение, но и за готовность приложить усилия во имя достижения цели. Демонстрируйте позитивизм как можно чаще. При разговоре с ребенком следует быть дружелюбным и уверенным. Ваш ребенок замечает любую иронию и нападки в вашей речи. Ваши инструкции должны быть четкими и последовательными. Обратная связь, будь то позитивная или негативная, должна также быть продемонстрирована немедленно. Если у вашего ребенка очень большая потребность в движении, занятиях спортом или шалостях, это важно, и следует это учитывать. Планируя выполнение домашних заданий, следует найти там время и для физической активности. Это помогает улучшить концентрацию внимания. Наиболее важной темой между домом и школой все же является выполнение домашних заданий. Родителям это доставляет немало беспокойства, отчего они нуждаются в поддержке и советах учителей.

Использование лекарственных препаратов

Использование лекарственных средств показано, когда примененные способы психосоциального воздействия оказались недостаточно действенными для исправления оперативных возможностей ребенка. Целью назначения лекарственных средств во всех случаях является улучшение самочувствия и оперативных возможностей ребенка с НАВ путем смягчения симптомов, однако лекарства не излечивают от НАВ. Хотя лекарства, применяемые при НАВ, в основном довольно эффективны и безопасны, следует, однако, учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка. У некоторых детей лекарства вызывают побочные эффекты (наиболее часто, например, снижение аппетита, трудности с засыпанием и т.д.), являющиеся в большинстве случаев легкими и проходящими, но иногда из-за побочных эффектов приходится менять лекарственное средство или прервать прием препарата. О побочных эффектах лекарственного средства вы можете прочитать в информационном листке к лекарству, в интернете на страничке Департамента здравоохранения или спросить у лечащего врача ребенка. Использование лекарственных средств

зависит от желания родителей давать ребенку лекарства, а также от готовности ребенка ежедневно принимать лекарства. Даже в тех случаях, когда назначение лекарственных средств, по оценкам посторонних, является строго необходимым, в случае НАВ лекарственные препараты всегда назначаются только при согласии родителей ребенка, а в случае ребенка старшего возраста, с согласия как родителей, так и ребенка. Не всегда удается облегчить все симптомы НАВ при помощи лекарственных средств, но в большинстве случаев использование лекарственных средств увеличивает эффективность немедикаментозных методов и уменьшает вероятность дальнейшего усугубления проблем (например, формирование зависимостей, добавление аффективных расстройств и т.п.).

Для лечения НАВ используются лекарственные средства, относящиеся к трем различным группам. Лекарства из первых двух групп показаны лишь для лечения НАВ, к ним относятся психостимуляторы и лекарства, по своему воздействию не относящиеся к психостимуляторам. К третьей группе относятся лекарства, обычно используемые в случае других психических расстройств, например, антидепрессанты и антипсихотики, которые врач может иногда назначить для лечения НАВ. Более подробную информацию о возможности лечения, воздействии различных лекарств и возможных побочных эффектах, а также о других медицинских методах ребенок с НАВ и его родители получают у лечащего врача ребенка.

Использованные и рекомендуемые источники информации

- Almquist F., Ebeling H. jt. (2006). Laste- ja noorukite psühhiaatria
- Carr, A. (2006). The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. 2. ed. London: Routledge.
- Kutscher, M. L. (2007). Kids in the syndrome mix of ADHD, LD, Asperger's, Tourette's, Bipolar and more!: the one stop guide for parents, teachers, and other professionals. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers
- Neuhaus, C. (2001). Hüperaktiivne laps
- Nömme A. (2005). Hüpi lasteaias
- Lina M. (2007). Minu armas hüpi
- Roomeldi M., Haldre L., Susi A. jt (2002). Hüperaktiivne laps
- Перевод из TIMSIS <http://www.hospitalteachers.eu/timsis/index.php?id=1369&L=0>
- J. Treier, V. Vilu Hüperaktiivne laps lasteaias, Eripedagoogika nr 40, okt 2012
- www.elf.ee
- www.adhd.com
- www.info-adhd.de/adhs-was-ist-das.html.
- <http://peaasi.ee/aktiivsus-ja-tahelepanuhaire/>

Первазивные расстройства развития

Ану Суци, Маргит Коолмейстер, Катре Кандимаа

Первазивные расстройства развития, или расстройства аутистического спектра – специфические расстройства психологического развития, обусловленные особенностью деятельности мозга, при которых не развита в соответствии с возрастом способность социального взаимодействия и коммуникации, присутствует ограниченность интересов и деятельности, монотонность и повторяемость поведенческих актов. Особенности психической деятельности, свойственные первазивным расстройствам развития, могут проявляться в различной степени, отчего, несмотря на в целом похожие особенности психической деятельности, дети с первазивным расстройством развития могут значительно отличаться друг от друга. Наиболее часто встречающимися первазивными расстройствами развития являются аутизм и синдром Аспергера.

Симптомы первазивных расстройств развития

Для детей с аутизмом характерно:

- затворничество, нахождение в «своем собственном мире» и неспособность действовать в социальных ситуациях в соответствии с возрастом, понимать язык человеческого тела и выражать себя при помощи языка тела
- расстройства развития речи и языка – недостаточная способность начинать и продолжать разговор (несмотря на уровень знания языка), поддерживать диалог; своеобразное или однообразное многократное использование языковых конструкций, слов, фраз
- эхолалия – повторение заданного вопроса, без ответа по существу
- негибкость в ежедневных действиях или общении
- отсутствие зрительного контакта или очень краткосрочный зрительный контакт
- склонность к постоянному однообразному повторению ежедневных действий или действий, касающихся узкой области интересов
- постоянное повторение движений или деятельности трудно объяснимой для постороннего причине (например, хождение на цыпочках, сгибание пальцев, складывание вещей в ряд и т.п.)
- концентрация внимания на единичных интересующих деталях объекта – например, вращение колеса, рельеф поверхности, издаваемый звук и т.п.

- трудности в понимании своего тела и в управлении физической деятельностью
- сверхчувствительность восприятия, например, к прикосновениям, определенным запахам, звукам, свету и т.п.
- трудности в восприятии абстрактных понятий (время, расстояние и т.п.)
- хорошая память на интересующие факты, но недостаточная способность надлежащим образом сопоставлять факты или использовать их в нужное время и в подходящем контексте.

Аутизм может сопровождаться умственной отсталостью различной степени тяжести, нарушением активности и внимания, эпилепсией и эмоциональными расстройствами.

Для детей с синдромом Аспергера характерно:

- некомпетентность в социальных ситуациях – ребенок может точно знать правила социального общения, но не умеет их использовать на практике в нужное время и правильным образом
- недостаточная способность сопереживать и создавать дружеские отношения
- проявление строго определенных интересов или способностей, ребенок занимается преимущественно и основательно ими
- повторяющиеся единообразные манеры поведения, ритуалы и/или движения
- соответствующее возрасту развитие речевых навыков, но трудности в использовании языка в социальных ситуациях, в понимании значения слова и ритма речи, темпа или высоты
- трудности в восприятии абстрактных понятий (таких как «скоро», «немедленно», «после» и т.п.); проблемы с восприятием времени, оценкой расстояний, сравнением различных расстояний и т.п.
- негибкое мышление, трудности в адаптации к новым умонастроениям, трудности в обобщении своего опыта и обучении на своем опыте
- **слишком детальное восприятие окружающей среды** – придание чрезмерного значения некоторым деталям и трудности с восприятием целого
- **гиперчувствительность** или нечувствительность к определенным звукам, свету, прикосновениям, вкусу, запаху, температуре, боли
- слабость сознательного внимания – интерес не к предлагаемой и требующей усилия деятельности (например, обучение какому-то предмету), сложность или невозможность сосредоточения

- проблемы с моторикой, особенно с мелкой моторикой – неловкость в спортивной деятельности; трудности в приобретении навыка завязывания шнурков; неуклюжесть, плохо читаемый почерк и т.п.

Первазивные расстройства развития вытекают из особенностей функционирования головного мозга, отчего детям

- трудно воспринимать окружающую действительность в целом и правильно ее оценивать
- трудно организовать и спланировать свою деятельность вследствие сложностей в восприятии межпричинных связей
- трудно понять и принять как свой внутренний мир, так и внутренний мир окружающих

В настоящее время отсутствуют единые научно обоснованные теории, объясняющие причины возникновения особенностей функционирования мозга, свойственных первазивным расстройствам развития. При исследовании снимков мозга были найдены разнообразные изменения в строении головного мозга, в результате исследования клеток головного мозга обнаружены изменения в клетках мозжечка, у некоторых детей с аутизмом выявлены изменения в балансе сигнальных молекул головного мозга, у части детей – генетические повреждения и т.д.

В случае детей с первазивными расстройствами развития следует учитывать, что все их поведенческие проявления не всегда связаны с особенностями психической деятельности, но могут возникнуть в результате тех же факторов, которые вызывают изменения в поведении любого ребенка с нормальным развитием. Например, увеличившаяся раздражительность из-за усталости или голода, или вялость при инфекционном заболевании и т.п. Для первазивных расстройств развития не характерны сильные сверхэмоциональные (аффективные) реакции. Однако у детей с первазивными расстройствами развития такие реакции встречаются все же довольно часто, так как из-за трудностей восприятия себя и окружающего мира, возникающих в результате специфических особенностей функционирования мозга, ребенок может запутываться даже по кажущейся пустяковой причине, и тревога вырастает до предела, при котором ребенок не может сдерживаться. Из-за особенностей психической деятельности дети с первазивным расстройством развития даже при умственных способностях, соответствующих своему возрасту, нуждаются в большем и более детальном руководстве по сравнению со сверстниками.

Оказание помощи ребенку с первазивным расстройством развития

Общие рекомендации, которыми следует руководствоваться при общении с ребенком с первазивным расстройством развития:

- научитесь понимать особенности конкретного ребенка и считаться с ними

- помогите ребенку организовать его мир вовне: давайте ему конкретные инструкции для каждого задания, что он должен делать, как он должен это сделать, где осуществляется эта деятельность, когда это происходит и кто может ему помочь
- в конфликтных ситуациях всегда выслушайте обоснования и мнение ребенка, которые могут весьма отличаться от того, что говорят остальные в этой ситуации, – это поможет понять поведение ребенка
- направляйте и учите ребенка действовать в социальных ситуациях, лучше понимать поведение и мотивы поведения других людей
- составляйте ясный распорядок дня и план действий
- попытайтесь обеспечить надежность, ясность и предсказуемость ситуаций для ребенка
- избегайте непредвиденных изменений в ежедневном и еженедельном расписании
- по возможности избегайте вещей, по отношению к которым имеется повышенная чувствительность
- при общении используйте конкретные и однозначно понятные слова и выражения, избегайте иносказаний
- воздержитесь от критики и осуждения странностей поведения ребенка, вытекающих из его особенностей
- цените сильные стороны ребенка и помогайте развивать их

Дети с первазивным расстройством развития не обязательно нуждаются в обучении в приспособленной среде и на основе индивидуальной учебной программы. Применение вспомогательных услуг, необходимость адаптации среды и изложенных в учебной программе целей обучения зависит, прежде всего, от выраженности особенностей психической деятельности и общего уровня умственных способностей ребенка.

Особенности речи и языка детей с первазивными расстройствами развития, обучение в школе.

У детей с первазивным расстройством развития присутствуют трудности как в невербальном, так и в вербальном общении.

У неговорящих детей с первазивным расстройством развития уровень общих умственных способностей тоже ниже. Им трудно понять связь между абстрактными выражениями, событиями и людьми. При обучении этих детей целесообразно использовать такую систему общения, в которой связь между символом и его значением воспринимается через зрение, другими словами, визуальна. Для детей с аутизмом, которые не понимают и визуальных вспомогательных средств, следует при обучении использовать конкретные предметы. Следует создать исходящую из особенностей ребенка индивидуальную систему коммуникации:

язык, картинки, предметы, и научить, как общаться этими символами. Ребенок, показывая картинку, должен понимать, что этим он хочет именно конкретную вещь или действие. Для этого ребенок должен понимать значения символов. Поскольку общение для ребенка с аутизмом не всегда является сильным, следует научить его этому, исходя из конкретных потребностей, создав определенные ситуации: например, если ребенок голоден, научить его символам, с помощью которых можно попросить есть.

Ребенок, который познает мир через чувства, создаваемые в виде изображений на картинке, в случае возникновения трудностей для понимания мира нуждается в помощи, организованной на той же основе. При помощи наглядных материалов ребенку помогают преодолеть такие обусловленные аутизмом трудности, как понимание невоспринимаемых органами чувств абстрактных понятий, например, последовательность времени, а также трудности в понимании речи. При помощи визуальных вспомогательных средств дети с аутизмом лучше переносят изменения, их мышление становится более гибким и повышается самостоятельность. Чем более самостоятельным станет ребенок, тем меньше будет неудач и также проблем с поведением. Чем меньше у ребенка однообразного повторяющегося поведения, тем выше вероятность его социализации.

На основе исследований утверждается, что у половины детей с синдромом Аспергера речь запаздывает, но обычно в возрасте 5 лет они говорят уже бегло, хотя значительно менее способны вести естественную беседу. Различия проявляются, прежде всего, в практическом использовании речи (в прагматике), понимании значения слова (в семантике) и мелодике речи (в просодии).

Речь ребенка не всегда выполняет функцию средства общения. Рассказ – это зачастую отражение тем, услышанных прежде дома, по телевизору или в другом месте. Характерно неоднократное повторение одного и того же вопроса и всегда ожидание того же ответа. Речь часто педантично точная, ребенок может раздражать беспорядок в ежедневной речи других людей. Даже в случае достаточного уровня языкового развития детям с синдромом Аспергера трудно понять собеседника. В разговоре выявляется ограниченная способность воспринимать других людей, ситуацию целиком, контекст. Характерно ориентирование на значение слова, а не предложения. Ребенку трудно понять, что разный акцент на слове может изменить значение сказанного. Другой особенностью является буквальное понимание указаний, трудности в понимании фигур речи (метафор), цельного значения словосочетаний (фразеологизмов) и шуток. Также детям с синдромом Аспергера трудно понять язык тела человека, и они могут делать замечания, являющиеся верными, но неподобающими для высказывания.

Учебные навыки и условия

Часто дети с первазивным расстройством развития очень талантливы в каком-нибудь предмете, но в других предметах у них трудности в обучении. Если общий интеллектуальный уровень ребенка соответствует возрасту, это позволяет ему удовлетворительно закончить гимназию по обычной программе. Тем не менее, присутствует неравномерность в способностях по разным предметам,

моторная неловкость, отсутствие мотивации и безразличие к остальным сферам жизни. Трудности представляют, прежде всего, вербальные и нарративные или требующие представления событий в хронологической последовательности предметы (родной язык, литература, история). В рассуждении ребенка беседа хоть и прослеживается, однако мысли разрозненны и в понятии обычной логики временами бессвязны. Трудности присутствуют в формулировании мыслей и их логическом упорядочении, понимании текста как целого. Часто добавляются мысли вне контекста. Способность сохранять услышанное переносится в способность воспроизводить речь других людей. Ребенок помещает услышанные отрывки к подходящей ситуации, может помнить высказывания, сделанные несколько лет назад, но, в то же время, не может припомнить разговор, произошедший мгновение назад. Литературный язык – однозначный, и навыки чтения хорошие, лучше запоминается прочитанный текст.

У детей с синдромом Аспергера техническое **умение читать**, как правило, весьма хорошее, но трудности могут возникнуть с чтением про себя и пониманием прочитанного, с пониманием логических связей, воспроизведением основы текста и смысловых опущений. Художественные тексты часто вызывают непреодолимые препятствия в понимании. Трудности в понимании двусмысленности и образности, восприятию символов и аллегорий. В случае повествований припоминаются только некоторые выборочно запомнившиеся события. Обзорение отношений между персонажами ограничивается, главным образом, краткой характеристикой пары персонажей. Формулирование главной мысли произведения зачастую является непосильной задачей. Ошибки в правописании (орфография) и знаках препинания (пунктуация), встречаются в письменных работах детей с синдромом Аспергера весьма редко. При написании сочинения присутствуют значительные недочеты в составлении предложения, ошибки в порядке слов и ограниченный, неточный или своеобразный набор языковых выразительных средств.

Дети с первазивным расстройством развития могут учиться и развиваться в соответствии со способностями только в безопасной и структурированной учебной среде. Из-за повышенной чувствительности их легко могут выбить из колеи обилие информации и неожиданные изменения в расписании дня.

Принципы, которые следует принимать во внимание при обучении детей с первазивным расстройством развития:

- преподавание основывается на индивидуальности ребенка
- среда обучения структурирована или безопасна как во временном, так и в пространственном смысле.
- при организации учебной работы полагаются на сотрудничество специалистов, работающих в школе, и родителей

Временная и пространственная структурированность среды обучения обеспечивает возможность концентрации на изучаемом предмете ребенка, находящегося в состоянии хаоса. У преподавателя должно быть индивидуальное отношение к каждому ученику, при большом количестве детей следует использовать помощников учителя.

При обучении детей с первазивным расстройством развития уместно применять индивидуальный подход, а также специальные методики, созданные для структурирования деятельности и создания привычной среды. Подходят индивидуальные задания и индивидуальное руководство, договоренность в действиях, объяснение смысла действий или задач и дача отзыва о проделанной работе.

Ребенок с первазивным расстройством развития может действовать только по одной конкретной инструкции, не может выполнять несколько действий одновременно, объединять несколько инструкций или провести несколько связей между понятиями. Таким образом, задачи, требующие следования параллельно нескольким руководствам, оказываются слишком сложными.

Проблемы, сопутствующие первазивным расстройствам развития

Хотя первазивному расстройству развития могут сопутствовать различные проблемы, большую часть детей затрагивают недостатки в сфере социального взаимодействия.

Недостаточные умения социального взаимодействия проявляются:

- в плохом невербальном общении
- в недостаточной социальной и/или эмоциональной взаимности или реципрокности
- в трудностях социального общения с использованием времени и/или пространства
- в низком уровне навыков социальной игры и времяпровождения
- в слабо развитых социальных отношениях

Уже само по себе существование расстройства развития означает, что эти дети отличаются от других по каким-то признакам и рано или поздно это почувствует и сам ребенок. Часть детей реагируют на это, направляя сопутствующие эмоции внутрь себя, другие направляют их наружу. Как правило, проблемы осознаются и становятся актуальными в подростковом возрасте, но это может произойти и раньше. Поскольку у детей с первазивным расстройством развития отсутствует интуитивное знание, как играть с другими или общаться, они легко могут стать мишенью для издевательств, шуток или отторжения. Это может повлиять на самооценку ребенка, заставить его замкнуться в себе и сделать ребенка по отношению к себе слишком чувствительным и критичным. Некоторые дети с первазивным расстройством развития для того, чтобы справиться с проблемами, могут создать свой собственный фантастический мир, где они знающие и успешные. В настоящее время зачастую к собственным фантазиям добавляется еще и виртуальный мир компьютера. Иногда это может начать ослаблять интерес ребенка к реальной жизни. Некоторые дети направляют свои гнев и подавленность наружу, становясь недружелюбными и надменными по отношению к другим людям. В некоторых случаях могут копировать какого-

нибудь популярного сверстника. Проблема возникает, если поведение этого социально популярного ребенка идет вразрез с действующими правилами.

Детям с первазивным расстройством развития присуща чрезмерная тревожность в отношении неструктурированных, быстро меняющихся, эмоционально или социально вызывающих ситуаций. Это связано с трудностями в понимании этих ситуаций и может привести к неподобающему поведению – например, избеганию, учащению стереотипий, словесному или физическому нападению.

В случае первазивного расстройства развития нарушена способность воспринимать как свои, так и чужие эмоции, а также справляться со своими эмоциями.

Одним из основных испытаний, которое ждет родителей и учителей детей с первазивным расстройством развития, – борьба с приступами ярости, вызванными напряженным состоянием ребенка и раздражением. Поскольку эти приступы ярости часто кажутся постороннему неожиданными, беспричинными, а поведение при этом очень агрессивное, эти приступы являются одной из основных поведенческих проблем, которой опасаются и на которую жалуются.

Но каким бы непонятным ни казался эмоциональный кризис ребенка, у его течения свои закономерности.

3 стадии эмоционального кризиса:

- 1) нервозность – изменения в поведении, которые часто малозаметны и не обязательно напрямую связаны с выражением гнева (например, ребенок грызет ногти, гримасничает и т.д.). Часто эти признаки остаются незамеченными людьми, мало знакомыми с ребенком, или их не умеют правильно интерпретировать. Следует помнить, что невербальное самовыражение детей с первазивным расстройством развития в основном ограничено и своеобразно;
- 2) приступ ярости;
- 3) восстановление.

Самый простой способ справиться с приступами ярости – это предотвратить их

- Для уменьшения нервозности и волнения должна быть возможность удалить ребенка из ситуации, не давая оценки (например, отправить из класса выполнять какое-нибудь задание, дома – в свою комнату). С ребенком следует обсудить в спокойной обстановке, как он сам мог бы заметить повышение уровня тревожности и что он мог бы сделать сам, чтобы контролировать свои эмоции.
- Ребенок может нуждаться в возможности побыть сам с собой, могут помочь различные способы самоуспокоения (антистрессовый мяч, дыхательные упражнения и т.д.).

- В классном помещении иногда может помочь контроль дистанции – учитель подходит ближе к ребенку в классе, показывая, что понимает, что что-то неладно, и он пытается его поддержать. Учитель может также дать сигнал «обратить внимание» – предупреждение, что проблема замечена (может быть заранее согласованный жест или фраза).
- Важное значение для снижения тревожности имеет изменение окружающей среды так, чтобы она была для ребенка предсказуемой: опора на рутинные действия, определенные правила, требования, расписание дня. Изменения должны быть заранее известны ребенку, в отношении новых видов деятельности или среды ребенок нуждается в предварительном руководстве, как он должен там себя вести.
- Также может помочь учет особых интересов ребенка – как для успокоения, так и для поднятия мотивации.
- Можно попробовать перенаправить внимание на какое-нибудь менее раздражающее действие. Следует быть осторожным при использовании юмора – он должен быть однозначно понятным для ребенка.
- Как в детском саду, школе, так и дома, у ребенка может быть безопасное место – определенное место, куда ребенок может при необходимости пойти, чтобы успокоиться или собраться с духом. Там у него может быть возможность заниматься каким-нибудь успокаивающим и любимым делом.
- Иногда помогает уже просто сигнал того, что мы понимаем трудности ребенка. Некоторым детям может помочь простая прогулка с ним, пока он не успокоится. Важно в это время позволить ребенку говорить, потому что независимо от того, что мы скажем, ребенок может интерпретировать это неправильно и раздражиться еще больше.
- Чтобы уменьшить нервозность и волнение, можно также посоветовать ребенку активные виды деятельности, например, занятия спортом.
- Ребенку могут помочь справиться с эмоциями и альтернативные способы выражения эмоций (музыка, рисование, чтение и т.д.).

Очень важно научиться замечать и распознавать признаки, указывающие на то, что этот конкретный ребенок чрезмерно напряжен, и найти подходящие именно для этого ребенка методы для снижения напряжения. Следует помнить, что неподходящий метод может еще больше разозлить ребенка, и прием, подошедший одному ребенку, может не подойти для другого.

Преодоление гнева

Агрессия может быть направлена как наружу (ребенок кричит, кусается, бьет, ломает вещи и т.д.), так и внутрь (ребенок замыкается в себе, занимается членовредительством).

Необходимо позаботиться о безопасности как этого ребенка, так и других детей и находящихся поблизости взрослых. Также необходимо защитить школьное, домашнее или личное имущество от повреждения.

Ребенка следует изолировать по возможности в безопасное место. Если это невозможно, следует удалить других детей. Важно помочь ребенку добиться контроля над собой и сохранить достоинство.

Восстановление

После приступа ярости у ребенка могут быть противоречивые чувства, он может не полностью помнить произошедшее. Ребенок может стать мрачным, замкнуться в себе или отрицать произошедшее. Некоторые дети могут оказаться настолько измотанными, что по прошествии приступа ярости захотят спать. В таком состоянии ребенок еще не может принимать участие в процессе обучения. Важно заранее спланировать, можно ли это время использовать для обсуждения произошедшего, и необходимо ли на некоторое время сделать изменения в окружающей ребенка среде (например, позволить ему побыть наедине с собой некоторое время). Самые распространенные ошибки, которые допускаются в такой ситуации, – слишком быстрое перенаправление ситуации в сторону повышенной стрессовости для ребенка. В большинстве случаев ребенок нуждается в поддержке для того, чтобы вновь включиться в работу класса. Часто помогает, если для начала найти какое-нибудь мотивирующее действие, которое ребенок способен выполнять без затруднений.

Чтобы справиться с вызовами, которые предоставляет социальная среда, собственные эмоции ребенка и окружающие его люди каждый день, дети с первазивными расстройствами развития нуждаются в понимании и адекватном руководстве.

Дополнительные возможности:

- Поддержка и консультирование родителей, позволяющие понять особенности и потребности ребенка (включая консультирование на основе опыта и в группах поддержки родителей)
- Опорное лицо, которое помогало бы ребенку в детском саду или в школе понять социальные ситуации и справиться с ними
- Тренировка социальных навыков
- Психотерапия
- В случае детей более старшего возраста дополнительно групповая терапия.

Использованная литература

- Almquist F., Ebeling H. jt. (2006). Laste ja noortepsühhiaatria
- Andrus Org. Eesti keele ja kirjanduse õpetamisest Aspergeri sündroomiga õpilastele, Eripedagoogika nr 37
- Attwood, T. (2007). The Complete Guide to Asperger's Syndrome. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers
- Gillberg, C. (2003). Aspergeri sündroom. Normaalne, geenius või nohik?
- Gillberg C, T. Peeters. (1995). Autism: Medical and educational aspects
- Haridus- ja teadusministeerium, Eesti Puuetega Inimeste Koda Teatmik õpetajatele. (2010).
- „Märka ja toeta last“ Sagedamini esinevad terviseseisundid ja puuded õpilastel
- Kutscher, M. L. (2007). Kids in the syndrome mix of ADHD, LD, Asperger's, Tourette's, Bipolar and more!: the one stop guide for parents, teachers, and other professionals. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers
- Rätsep E. Logopeedi tööst Tartu Herbert Masingi Koolis, Eripedagoogika nr 37
- Suuder M. Autismispektri õpilaste kogemus Tartu Herbert Masingu Koolis, Eripedagoogika nr 37

Рекомендуемые источники информации

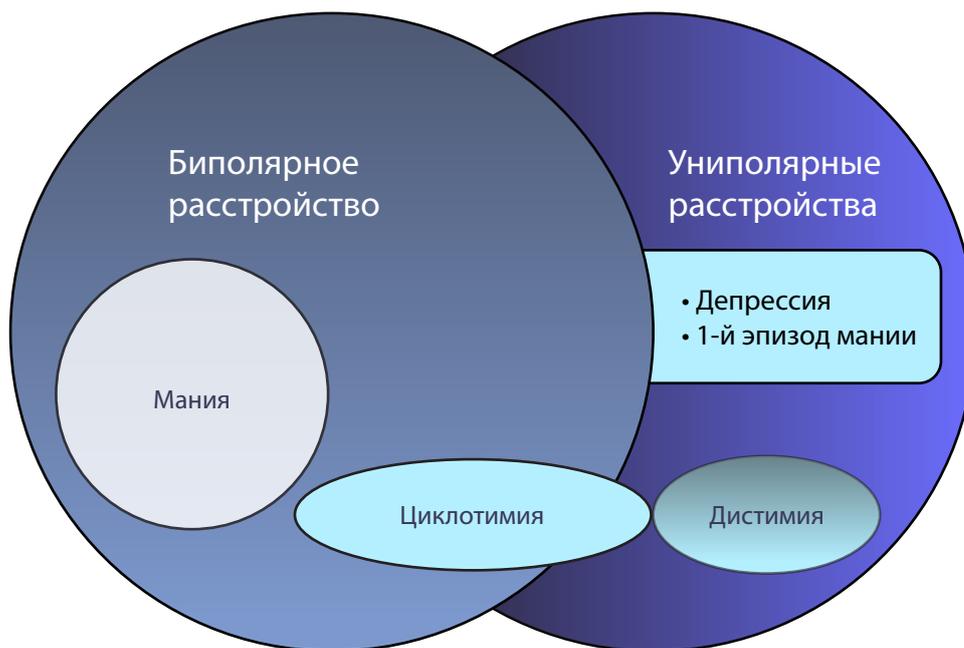
- www.autismeesti.ee
- www.autism.com
- Mark Haddon. (2003). Kentsakas juhtum koeraga öisel ajal
- Daniel Tammet. (2007). Sündinud sinisel päeval
- Gunilla Gerland (2012). Päril inimene
- Susanne Schäfer (2014). Tähed, õunad ja kumer klaas. Minu elu autismiga

Аффективные расстройства в детском возрасте

Юри Лийвамяги, Катрин Пруулманн

Аффективное расстройство – это изменение настроения, выражающееся в чрезмерном ухудшении, улучшении или колебании настроения. К аффективным расстройствам относятся мания, биполярное расстройство и депрессия, а также аффективные расстройства с более устойчивым течением – циклотимия и дистимия (см. рис. 1). При постановке диагноза принимается во внимание, имеем ли дело с единичным эпизодом или с периодическими эпизодами. На основе количества проявляющихся симптомов, их характера и тяжести различают легкое, умеренное и тяжелое аффективное расстройство.

Рисунок 1. Общее разделение аффективных расстройств



МКБ-10 рассматривает аффективные расстройства одинаково во всех возрастных группах – как у взрослых, так и у детей. Но в детском возрасте при оценке аффективных расстройств и выявлении причин их возникновения необходимо учитывать возраст ребенка, особенности поведения, определяемые уровнем развития, а также сопутствующие проблемы, способные повлиять на детскую психику (психосоциальные проблемы, трудности с поведением и обучением, употребление наркотиков и т.п.).

Подразделы аффективных расстройств и симптомы

Дистимия – долгосрочный стойкий легкий упадок настроения, при котором ребенок хоть и справляется с повседневными требованиями, но большую часть времени (часто в течение месяцев) чувствует себя плохо, усталым и безрадостным, ребенок плохо спит и каждый вид деятельности требует усилий. Такое состояние может сменяться длящимися несколько недель или даже парой месяцев обычными периодами хорошего самочувствия.

Циклотимия — перепады настроения, где, по крайней мере в течение одного года, проявляются повторяющиеся эпизоды с небольшими повышениями и понижениями настроения и деятельной активности, которые чередуются периодами обычного хорошего самочувствия, по крайней мере длиной в 1-2 месяца.

Основными причинами **упадка настроения**, или депрессии, являются снижение настроения, потеря интересов и радости жизни, а также недостаток энергии, что проявляется в повышенной утомляемости и снижением деятельной активности. Могут добавиться и другие симптомы.

Депрессия может возникать по разным причинам, но чаще всего появление депрессии связано с отношениями в ближайшем окружении ребенка. Депрессия проявляется у детей разного возраста несколько по-разному.

В младенческом и малолетнем возрасте упадок настроения выражается в виде плаксивости, изменениями привычек сна и питания, а также деятельной активности. В результате долгосрочного упадка настроения в малолетнем возрасте развивается безразличие к окружающему и социальному взаимодействию; снижается устойчивость к болезням; могут возникнуть расстройства желудочно-кишечного тракта и потеря веса и/или проявиться признаки деградации психики (качание головой, сгибание тела, утрата приобретенных навыков поведения).

В дошкольном возрасте депрессия проявляется в повышенной нервозности, капризности, упрямстве, недовольстве, пассивности и грусти. Ребенок может стать неуверенным, боязливым, начать цепляться за родителей. Возникают различные страхи, уменьшается готовность общаться и пропадает интерес к до сих пор нравящимся видам деятельности и вещам (то есть возникает ангедония). Часто появляются трудности при засыпании, беспокойный сон, ночные приступы страха или плохие сны, а также головные боли и боли в животе, потеря аппетита и тошнота, недержание мочи (энурез) и/или недержание кала (энкопрез). В играх ребенка могут преобладать агрессивные или связанные со смертью темы. Свойственное детской депрессии чувство безнадежности может выражаться в пренебрежении к своей безопасности или в самовредительстве. Депрессия в дошкольном возрасте, длящаяся продолжительное время, может привести к дегенерации ранее приобретенных навыков и знаний и замедлению умственного развития. Депрессия у детей дошкольного возраста может иногда быть замаскирована под поведенческие расстройства и проявляться, в основном, в виде гиперактивности, повышенной нервозности или агрессивности. Кроме того, в этом возрасте детская депрессия может скрываться за каким-нибудь

тревожным расстройством или фобиями. Относительно часто депрессия у детей дошкольного возраста может проявляться лишь в виде физических недомоганий: головных болей или болей в животе, расстройствах сна, плохом самочувствии, энурезе или энкопрезе.

В начальной школе и младшем школьном возрасте депрессия выражается уже более отчетливо в виде эмоциональных расстройств, расстройстве деятельной активности и регуляции внимания. Положительные стимулы не представляют больше интереса, не являются причиной радости и энтузиазма. Психические нагрузки утомительны, все кажется скучным. Снижение концентрации внимания является причиной трудностей в обучении. При сравнении успешности, сообразительности и способностей у себя и других из-за низкой самооценки формируется чувство неполноценности, грусть, плаксивость и социальная отстраненность. Ребенок становится нестабильным, он начинает избегать новых задач, чувствует себя опустошенным и виноватым во всем. Депрессивный ребенок ощущает свою прежнюю и настоящую жизнь зачастую бессмысленной и пустой. В этом состоянии учащаются мысли, связанные со смертью и уходом из жизни; суицидальные мысли, планы и попытки. У некоторых детей для облегчения внутреннего напряжения и чувства безнадежности может проявиться компенсаторное фантазирование, при котором ребенок общается в своем воображении с придуманным другом и представляет себя успешным, отрицая реальные трудности. В некоторых случаях фантазии носят агрессивный и разрушительный характер, что проявляется в поведении и общении ребенка. Иногда депрессивный ребенок может любой ценой привлекать внимание и добиваться одобрения сверстников нарушением общественного порядка или «покупая» товарищей сладостями, вещами и деньгами. У депрессивных детей часто встречаются разнообразные физические недомогания, такие как беспокойный сон или дневная сонливость, изменения аппетита, плохое самочувствие, усталость, головные боли и боли в животе.

Депрессия в подростковом возрасте в значительной степени похожа на депрессию у взрослых, но также сохраняется часть симптомов, свойственных детскому возрасту. Падение настроения сопровождается потерей интереса к ранее нравящимся видам деятельности, трудностями в концентрации внимания, замедлением умственной деятельности и движений, усталостью, сонливостью и безволием. Ребенок не может быть столь же успешным, как раньше. Проявляются трудности при засыпании, поверхностный сон или слишком раннее пробуждение, иногда также чрезмерная потребность во сне. Может измениться аппетит. Например, может возникнуть чрезмерная потребность в сладком или необходимость постоянно есть, что приводит к росту массы тела. Иногда аппетит исчезает полностью, и ребенок худеет. Наиболее четко проявляются суточные колебания состояния – «самое тяжелое время» обычно в первой половине дня. На фоне таких симптомов легко возникают вспышки раздражения и эмоциональные срывы, проявляется импульсивное поведение. Обостряется низкая самооценка ребенка, он разочарован в себе, чувствует себя бесполезным и виноватым во всем. Ребенок не надеется на возможности улучшения ситуации. Возникают уныние и мысли о самоубийстве (суицидальные мысли), а также конкретные планы и попытки самоубийства. В большинстве случаев подростки не могут точно оценить действительную опасность разных способов самоубийства, но

иногда попытки самоубийства действительно заканчиваются уходом из жизни. Таким образом, к мыслям и попыткам самоубийства всегда следует относиться очень серьезно, даже если у ребенка еще нет реального желания смерти, но его суицидальные попытки являются признаком кажущейся ребенку безысходной ситуации.

В отличие от взрослых, у детей во время депрессии больше физических жалоб и депрессия длится дольше. У депрессивных девочек четче проявляется печаль, беспомощность, избегание общения, ограниченность деятельности и угрозы и попытки самоубийства. Депрессия у мальчиков чаще выражена в мстительном, раздражительном, беспокойном, импульсивном поведении; низкой переносимости напряжения и нагрузки. Мальчики редко обращаются за помощью, у них гораздо больше попыток самоубийства, заканчивающихся смертью.

В 1999 году по результатам исследования, проведенного среди детей города Тарту и Тартуского уезда, распространенность депрессии у 2-3-летних детсадовских детей была 3%, в равной степени у мальчиков и девочек. По данным литературы, распространенность депрессии в этой возрастной группе 0,3-1%, также в равной степени у мальчиков и девочек.

По результатам этого же исследования, проведенного среди детей начальных классов города Тарту и Тартуского уезда, распространенность депрессии 5%, но больше распространена среди мальчиков, чем среди девочек. По данным литературы, распространенность депрессии в этой возрастной группе у мальчиков и девочек равная, 1,8 – 2%.

Среди 14-16-летних школьников города Тарту и Тартуского уезда распространенность депрессии 3%, но больше распространена среди девочек, чем среди мальчиков. По данным литературы, распространенность депрессии в этой возрастной группе 4,7-5%, и у девочек более распространена, чем у мальчиков.

У 60% детей с депрессией она отступает в течение 1-1,5 лет без использования лекарств, но из них у 30-70% депрессия повторяется в течение 2-5 лет. Примерно у трети депрессивных детей симптомы депрессии не очень сильные и выражаются в виде дистимии. До одной трети случаев депрессии в детском возрасте являются фактором риска к возникновению биполярного расстройства в зрелом возрасте.

У детей депрессия часто сопровождается другими психическими расстройствами, данные по процентному соотношению которых отличаются у разных авторов. Это, прежде всего, отражает сложность различения разных психических расстройств в детском возрасте, так как многие симптомы перекрываются. Депрессия часто присутствует вместе с

- расстройством активности и внимания (у 5...60%)
- тревожными расстройствами и расстройствами адаптации (у 30...75%)
- различными поведенческими расстройствами (у 20...80%).

Общей чертой **биполярного аффективного расстройства** (БАР) является смена эпизодов чрезмерно повышенного настроения с эпизодами депрессии. О депрессии более подробно речь шла в предыдущей части главы, поэтому ниже затронем прежде всего манию. Основным признаком маниакальной фазы БАР является воодушевление и приподнятое настроение вместе с повышенной возбудимостью, что может проявляться у детей в виде следующих симптомов:

- эйфория, неуместная в данной ситуации и наносящая ущерб психосоциальной адаптации ребенка
- преувеличение; переоценивание своих возможностей, умений и своей важности
- обилие идей с увеличением речевой активности или повышенная необходимость высказаться, фамильярность
- чрезмерное рассеяние речи и внимания
- незаконченность дел и занятий
- повышенная раздражительность; при игнорировании требований ребенка – враждебность и грубая ярость
- неправильные поспешные оценки, решения и действия
- чрезмерная занятость нравящимися ребенку, в том числе рискованными делами
- сниженная потребность в сне без признаков дневной усталости
- рост сексуальности наряду с сексуально вызывающим поведением
- злоупотребления наркотиками вплоть до возникновения зависимости и повреждения внутренних органов

Согласно многим исследованиям, появление мании в предпубертальном возрасте характеризуется ростом психомоторной активности, трудностями при контроле порывов чувств, импульсивным и агрессивным поведением, но не столько эйфорией. Преувеличение не проявляется в этом возрасте так явно. У большей части детей БАР в детском возрасте протекает с раздражительностью и вспышками гнева, и такое БАР с более неблагоприятным течением. В половине случаев при начавшемся в детстве БАР приступ болезни повторяется в течение 5 лет, и эпизоды хуже поддаются лечению – это может быть вызвано недостаточной действенностью или нерегулярным использованием лекарственных средств.

Исследования последних 20-30 лет показали, что у большей части детей БАР протекает во многом отличным от взрослых образом. В случае детского БАР эпизоды смены настроения более продолжительные, но в продолжение одного эпизода настроение у ребенка может неоднократно и быстро меняться, или симптомы мании и депрессии могут проявляться в одно и то же время и быть переплетены. В детском возрасте начало и конец эпизодов перемены настроения имеют нечеткие границы, и отдельные симптомы (например, раздражительность)

сохраняются в течение более длительного периода времени даже во время периода нормального настроения. Часто симптомы БАР в детском возрасте смешаны или заслонены симптомами сопутствующих психических расстройств (расстройство активности и внимания, тревожные или поведенческие расстройства, наркомания и др.), отчего часто бывает трудно провести различие между основным психическим расстройством и сопутствующим (особенно при наличии расстройства активности и внимания и поведенческих расстройств).

При наличии вышеперечисленных симптомов необходимо направить ребенка или подростка на прием к детскому психиатру. Очень важно дать правильную оценку состоянию ребенка и диагностировать БАР для того, чтобы:

- ребенок смог получить своевременное лечение причины заболевания, а не концентрироваться лишь на таких методах влияния на поведение (как, например, полиция по работе с молодежью, комиссия по делам несовершеннолетних, направление в спецшколу и т.д.), которые в случае БАР недостаточны; если оставить ребенка без лечения, это может привести к маниакальности и усугублению поведенческих расстройств или быстрой смене изменения настроения;
- предотвратить прерывание процесса образования ребенком из-за трудностей, вызванных БАР, поскольку низкий уровень образования препятствует посильному приобретению навыков и уменьшает способность справляться со своей жизнью в будущий период зрелости;
- предотвратить опасности, связанные с повышенной сексуальностью, – сексуальные надругательства, заражение венерическими заболеваниями и раннюю нежелательную беременность, так как все это порождает дополнительные психологические и социальные проблемы;
- уменьшить вытекающую из сложного поведения ребенка с БАР напряженность в семье и в школе, чтобы избежать утраты ребенком поддержки семьи, одноклассников и учителей, поскольку утраченная поддержка усугубит асоциальное поведение;
- предотвратить уменьшение способности справляться со своими проблемами и социальные ограничения из-за формирования низкой самооценки ребенка, поскольку низкая самооценка может негативно повлиять на развитие личности ребенка;
- предотвратить импульсивный акт самоубийства, потому что данная опасность в связи с психологическими и социальными проблемами велика как в случае депрессии, так и в случае мании; 10%-15% детей с БАР заканчивают свою жизнь самоубийством.

БАР в значительной степени влияет на когнитивное развитие ребенка. Хотя общий уровень IQ у детей с БАР главным образом в пределах нормы, уровень когнитивной деятельности является неравномерным. В психологических исследованиях у детей с БАР проявляются более низкие результаты по вниманию (особенно сохранение постоянного внимания) и памяти (главным образом в словесной памяти), но также и в подтестах, оценивающих мыслительные, обобщающие

способности и способность концентрироваться. В социальных областях трудности проявляются при принятии решений и управлении собственной деятельностью.

Поскольку мания, которая встречается в виде биполярного расстройства, не отличается по своей выраженности от отдельно стоящей мании, то мы не рассматриваем ее отдельно.

Опасность самоубийства

В случае аффективных расстройств, особенно депрессии и биполярного расстройства, следует быть внимательным к признакам, которые могут свидетельствовать об опасности суицида. Чаще всего об опасности самоубийства свидетельствуют следующие проявления детского поведения:

- безжизненная манера речи ребенка, состояние затворничества или печали, замедленные речь и движения;
- постоянная скука, уныние, вялость и потеря энтузиазма;
- снижение успеваемости (из-за снижения концентрации? отсутствия мотивации?);
- необоснованные вспышки раздражения или импульсивного поведения;
- выражение чувства вины членам семьи, друзьям или учителю, раскаяние за свое поведение;
- мысли о самовредительстве (я хотел бы быть подальше от всего; хорошо, если меня оставят в покое; я достоин наказания; мысли об «окончательном уходе» и т.д.);
- повторение вызывающих «экспериментов» (например, так называемые «несчастные случаи», непонятное для окружающих нанесение повреждений, явное самовредительство, голодание, причинение себе боли и т.п.);
- устные или письменные заявления о смерти или отсутствии желания жить (дневник, рисунки, письма друзьям или передача подобной информации в интернете);
- мысли о смерти и интерес к темам, связанным со смертью;
- дарение дорогих ребенку вещей или отдача соответствующих распоряжений;
- наличие данных о ненадлежащем обращении с ребенком дома или в школе;
- ребенок остается без социальной поддержки (потеря друга, публичное унижение перед сверстниками, распад семьи, смерть поддерживавшего ребенка члена семьи, и т.д.).

Первые 5 признаков говорят об ухудшении настроения, остальные признаки непосредственно свидетельствуют об опасности самоубийства.

Лечение аффективных расстройств

При наличии симптомов, свидетельствующих об аффективном расстройстве, необходимо направить ребенка к детскому психиатру, который в сотрудничестве с другими специалистами команды по психиатрической помощи оценит состояние ребенка и назначит лечение. Целью лечения аффективных расстройств в детском возрасте является снижение болезненных симптомов, улучшение психической деятельности, способствование нормальному развитию ребенка и предотвращение возобновления расстройства. Лечение длится обычно полгода или больше и включает в себя предоставление лекарственных средств параллельно с методами психотерапии. Из лекарственных средств, влияющих на психическую деятельность, в основном используются:

- лекарства, уравнивающие настроение (противосудорожные препараты, препараты лития);
- лекарства, нормализующие подавленное настроение, или антидепрессанты;
- антипсихотические препараты, используемые для снижения нервозности, импульсивности, деструктивного поведения или чрезмерно повышенного настроения, или нейролептики;
- если лекарства вместе с применением методов психотерапии недостаточно эффективны, то в условиях больницы используется также электросудорожная терапия.

Помощь ребенку с аффективным расстройством в школе

В случае аффективных расстройств следует учитывать, что они могут проявиться в весьма различной степени. От этого зависит и способность ребенка участвовать в обучении и прочей школьной жизни в зависимости от ситуации. В более тяжелых случаях ребенок останется на лечении в больнице или дома и будет нуждаться во времени для восстановления, чтобы вновь приняться за дела, требующие душевных усилий. В то же время, для большинства детей беспокойство о невыполненной домашней работе и неспособности справиться является одним из факторов, поддерживающих аффективное расстройство.

Прежде всего школа может быть важным участником в профилактике. Методами профилактики являются как создание безопасной школьной среды, улучшение информированности учеников и работников в целом, так и обращение внимания на признаки опасности в случае каждого конкретного ученика, и в оказании ему необходимой поддержки.

Зачастую знания об аффективных расстройствах ограничены **заблуждениями**. Здесь приведены некоторые из наиболее распространенных:

- *«Депрессия – это проблема слабых, интеллектуально малоодаренных и бегущих от трудностей людей»* – напротив, к сожалению, оказывается наоборот: депрессия чаще поражает именно тех детей, которые, благодаря своим хорошим предпосылкам поставили себе высокие цели и ожидания и чувствуют, что не в состоянии все их выполнить. К сожалению, иногда это связано со слишком завышенными ожиданиями дома: ребенок ведь такой молодец, и если еще немного постарается – чего еще мы тогда достигнем!
- *«Никто, кроме самого (находящегося в депрессии) человека, не может ему помочь»* – это ошибочно и по отношению к взрослым; в случае детей, как правило (даже если они сами не воспринимают или не признают), «обоснованное ожидание», что взрослые мудрее, более опытные и лучше знают, что хорошо для молодого человека. И самовредительство – это, в основном, крик о помощи, а не уверенное желание уйти из жизни. Большинство детей принимают помощь, но чувство малоценности и безнадежности, вызванные депрессией, мешают им адекватно принять помощь – почему кто-то должен заботиться обо мне?
- *«Он не хочет взять себя в руки, просто хочет внимания»* – он действительно нуждается во внимании, чтобы кто-то заметил: он не может взять себя в руки, прежде нужно вылечить болезнь. В то же время сам ребенок, как правило, не знает, что это заболевание, не может предпринять необходимые для этого шаги. «Ленивые» дети пытаются не оказаться в центре внимания, чтобы можно было спокойно заниматься другими своими делами.
- *«Он обучился синдрому беспомощности»* – это состояние может действительно иногда внешне напоминать аффективное расстройство, но сходны лишь отсутствие инициативы и некоторое снижение самооценки, в то же время общее ухудшение настроения, потеря радости жизни и замкнутость наблюдаются только при аффективном расстройстве.

Для нормального эмоционального развития детей и обеспечения психического здоровья необходимо, чтобы у них была возможность удовлетворять в повседневной жизни свои важные эмоциональные потребности:

- потребность в любви
- потребность чувствовать себя желанным
- потребность получать положительный жизненный опыт
- потребность в защите и безопасности
- потребность самостоятельно открывать для себя мир
- потребность в руководстве и обучении

- потребность прилагать усилия и достигать целей
- потребность достаточной свободы
- потребность быть связанным с взрослым
- потребность признания и уважения
- потребность в юморе

Все это должен обеспечивать, прежде всего, дом, но детское учреждение и школа – очень важные факторы окружающей среды, там обычно ребенок проводит половину времени своего бодрствования. Конечно, не каждое аффективное расстройство вызвано причинами, зависящими от школы, но школа – это место, где ребенок чувствует, является ли он таким же достойным, как сверстники. Очень важно, что ребенок думает о школе и своих успехах там. Если он чувствует – «Я не могу справиться», то это легко сопровождается изменением самочувствия: себя воспринимают как неполноценного и оттого бесполезного; окружающую среду – слишком требовательной, неудовлетворительной и отношения с окружающей средой – неуспешными и провальными, что включает в себя и будущее.

Что может сделать школа? Конечно же, работник, который заметил изменения в поведении ребенка, должен, во-первых, выяснить, заметили ли это другие, работающие с этим же ребенком, коллеги. Если да, следует поговорить с ребенком и родителями и, при необходимости, предоставить им информацию, куда можно было бы обратиться. Для вмешательства нужно быть уверенным, с какого вида проблемой имеем дело. Иногда это выясняется и в ходе беседы: дело не всегда в психическом расстройстве – могут быть временные трудности в семейном укладе, другое заболевание и т.п. Однако если родители не хотят обращаться с ребенком к врачу, в более легких случаях можно попробовать регулирование нагрузки ребенка, привлечение опорной сети, предложение большей положительной поддержки.

В более тяжелых случаях ситуация, как правило, доходит до того, что ребенок не может принимать участие в обучении, также может понадобиться госпитализация. В период обострения заболевания законный представитель ребенка вместе с лечащим врачом решают, надо ли, и какую именно нагрузку применять.

При возвращении ребенка к учебному процессу нужно оказать поддержку как эмоциональную, так и в плане организации учебной деятельности – конечно, ребенок не может сразу работать с полной нагрузкой. Следует следить за отношениями со сверстниками – часто непонимание товарищей может замедлить выздоровление. Важно иметь в виду соблюдение правил конфиденциальности: обстоятельства, касающиеся болезни и лечения, которые семья доверила школе, не являются темой для обсуждения в широком кругу. На вопросы сверстников следовало бы отвечать, но все же скорее теоретически, не исходя из проблем конкретного одноклассника, и, отвечая, следует учитывать многие моменты, не исключая риска возникновения аффективного расстройства у самого спрашивающего. Необходимо различать, чем вызваны вопросы товарищей: любопытством, состраданием, стремлением понять мир, борьбой за место в

группе – и как, исходя из этого, данная информация может быть использована. Приобщение к групповой работе, в основном, хорошее дело, но в первое время ребенок может не справиться с этим при прежнем объеме и интенсивности. Сотрудничество между домом, школой и группой лечащих специалистов важно еще долгое время после отступления острых симптомов.

Использованная литература

- Coghill D., Bonnar S., Duke S.L., Seth S. Child and Adolescent Psychiatry. Oxford University Press, 2009, 233-267.
- Williams S.B., O'Connor E.A., Eder M. et al. Screening for Child and Adolescent Depression in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. Pediatrics, 2009; 123(4) : e716-e735 (doi:10.1542/peds.2008-2415)..
- Liivamägi J., Aluoja A., Lintsi M. jt. Laste depressioonisündroomi struktuur erinevatel eaperioodidel. Üle-Eestiline teaduskonverents „Tervise Edendamise Eestis IV” 22.-23. märts 2000, lk. 39.

Рекомендуемая литература

- Laukanen E. jt. (2008). Kuidas aidata psüühikaprobleemidega noorukit
- Underwood Barnard M. (2005). Kuidas aidata depressioonis last

Психические расстройства у детей, вызванные стрессом

Юри Лийвамаги, Ивика Пылдсепп, Кайа Кастепильд-Тырс

Дети ежедневно соприкасаются с вызывающими стресс стимулами (другими словами – стрессорами), и для каждого возраста существуют свойственные ему страхи и реакции с замыканием в себе, без сопутствующих более тяжелых или продолжительных нарушений здоровья. Стресс требует быстрого анализа и адаптации организма к изменившейся ситуации, поддерживая постоянство внутренней среды и обеспечивая организму психическую и физическую способность действовать. Вызывающие стресс стимулы слабой или умеренной силы активируют и тренируют защитные механизмы индивида, создавая таким образом лучшие условия скорейшего и успешного преодоления последующих неблагоприятных влияний. Исключительно сильные или длящиеся продолжительное время стимулы, возникающие во время или после драматичных для ребенка событий, могут превысить защитную способность организма корректировать возникшие изменения, вызывая экстремальные или длительные стрессовые реакции, что приводит к последствиям, влияющим на дальнейший ход жизни ребенка. Такого рода стресс с негативным значением, или дистресс, порождает временные функциональные или, в более тяжелых случаях, устойчивые структурные изменения в до сих пор слаженной работе нескольких систем организма (в том числе системах головного мозга), что может проявляться в симптомах определенного свойства.

Дистресс вызывает следующие психические расстройства:

- адаптационные расстройства
- острая стрессовая реакция
- посттравматическое стрессовое расстройство

При диагностировании адаптационных и стрессовых расстройств учитывается:

- тяжесть стрессора (важность для конкретного ребенка, природа влияния, интенсивность)
- проявляющиеся симптомы и их сила
- продолжительность возникших симптомов.

Некоторые травмирующие психику события и ситуации (например, надругательство над ребенком, разлад в семье, несчастья) тяжело влияют на детей

в любом возрасте. Другие оказывают стрессовое влияние только в определенный возрастной период – возрастоспецифичны, например, неожиданное отделение от родителей в раннем детском возрасте; в школьном возрасте – проблемы в учебе, отверженность; в подростковом возрасте – проблемы с общением и самооценкой и т.д. Последствия травмирующих психику факторов зависят от многих обстоятельств: было ли воздействие этого фактора единичным или повторяющимся; сопровождалась ли психологическая травма физическим повреждением или нет; была ли у ребенка социальная поддержка во время воздействия фактора или ее не было и т.д. В нашей культуре самыми тяжелыми из последствий считаются физическое насилие над ребенком, сексуальное насилие и воспитание в условиях семейного насилия или изоляции. Для оценки воздействия стрессора на ребенка прежде всего важно иметь в виду возраст ребенка, степень зрелости его психики и специфичность для данного возраста травмирующего события.

Симптомы стрессовых расстройств

Нарушение приспособляемости (НП) – субъективное дистрессовое состояние с эмоциональными или поведенческими изменениями, которые возникли в период приспособления в связи с изменением уклада жизни или стрессовым событием. НП обычно начинается в течение одного месяца после этих событий и обычно продолжается более 6 месяцев, за исключением случаев долгосрочной депрессивной реакции, которая может длиться до 2 лет. Для возникновения НП большое значение имеет индивидуальная чувствительность (тип темперамента, некоторые черты характера, возрастные кризисные периоды 3-5 лет, 6-8 лет, 12-14 лет и 18-20 лет) и чувствительность, развившаяся по отношению к стрессовым факторам, которая была создана предыдущими длившимися более продолжительное время психологическими травмами, соматическими заболеваниями, ослабившими деятельность головного мозга, или др. факторами.

Различают следующие клинические формы НП:

- Реакции, протекающие с эмоциональными расстройствами: краткосрочная или долгосрочная депрессивная реакция, тревожно-депрессивная реакция смешанного типа или реакции с рядом других эмоциональных расстройств (тревога, страх, гнев, печаль, озабоченность). Выражением эмоционального расстройства у ребенка может быть дегенеративное поведение или регресс (например, ночное недержание мочи, сосание большого пальца руки и т.д.)
- Преимущественно реакции с поведенческими расстройствами (упрямство, агрессия, диссоциальность)
- Реакции смешанного типа с эмоциональными и поведенческими расстройствами.

Для НП характерна тесная временная связь психического расстройства с травмировавшим ребенка событием, которое главным образом нанесло вред социальным отношениям ребенка (отчуждение, разрыв привязанности или

прекращение отношений) или его системе моральных ценностей (перенесение унижения, позора). Хотя во время травмирующего события нет непосредственной опасности для жизни самого ребенка или его близких или для получения тяжелых повреждений, серьезность психологической травмы зависит от субъективного переживания, уровня развития и возраста конкретного ребенка.

Симптоматика НП в младенческом, малолетнем и дошкольном возрасте может выражаться:

- в изменениях, связанных с тяжелыми эмоциональными переживаниями (пассивность, замыкание в себе или боязливость, плаксивость, цепляющееся поведение)
- в приступах упрямства, капризах, ярости, деградации освоенных навыков (самообслуживание, речь)
- в расстройствах физического здоровья (потеря аппетита, потеря веса, боли в животе, головные боли, расстройства пищеварения, расстройства сна, частые приступы инфекционных заболеваний).

В школьном и подростковом возрасте НП проявляется в следующих изменениях в поведении ребенка, следующих за стрессовой ситуацией:

- ребенок нервничает; часто плачет, кричит на окружающих; портит свои и чужие вещи; действует бездумно, нарушает порядок
- у ребенка чувство неполноценности или вины; он предпочитает одиночество; его мысли рассеяны, тяжело собраться с мыслями
- ребенок переживает больше обычного или тревожится из-за пустяков; его грусть в связи с какой-нибудь потерей или озабоченность по поводу себя или других продолжается слишком долго
- ребенок чрезмерно робок или осторожен из-за различных страхов
- ребенок растерян и нерешителен, его концентрация внимания и успеваемость снизились
- проявляются расстройства засыпания и/или сна, говорит или ходит во сне
- возможно проявление рискованного поведения и употребление наркотиков.

Острая стрессовая реакция (ОСР) – проходящее состояние значительной степени тяжести, возникающее в результате исключительно сильного травмирующего психику опыта. Таким опытом может быть, например, большая опасность для жизни и/или физического здоровья самого ребенка или его близких, или внезапное изменение в системе отношений ребенка.

Причину детской ОСР описывают как очень непредвиденный для данного возраста или несвойственный страшный опыт, который, учитывая существовавший до сих пор обычный стиль жизни, очень неожидан, ненормален

и является чрезвычайным стрессором для ребенка. Симптомы, возникшие при краткосрочном воздействии стрессора, особенно если в ситуацию быстро вмешаться и морально поддержать ребенка, должны начать отступать по крайней мере в течение 8 часов. Если влияние стрессора продолжается, тяжесть симптомов должна начать уменьшаться по крайней мере спустя 48 часов, и 3 дня спустя они сведены к минимуму.

В случае неблагоприятных условий симптомы сохраняются на срок до 1 месяца. Начальный период ОСР у младших детей может внешне выражаться не столько в виде страха, беспомощности, ужаса, сколько в виде пассивного, растерянного состояния или бесцельного поведения. Дети младшего возраста не способны словесно достаточно ясно передать подробности травмирующего их события, но они могут проявляться в играх или рисунках ребенка и в изменении эмоционального состояния и/или поведения. Одной из причин этого может быть тот факт, что травмирующее событие закреплено в памяти у ребенка, вероятно, не столько на уровне словесного/мыслительного восприятия, сколько в виде конкретного изображения эмоции и на уровне соединяющих автономную нервную систему нервных кругов.

Симптоматика ОСР зависит и от возрастной зрелости ребенка, и от силы воздействия стрессора, последствие зависит также от защищающего и поддерживающего ребенка или же отрицательно влияющего на него социального окружения, а также от предшествующего физического и психического здоровья ребенка.

На основе клинических проявлений выделяют слабую, умеренную и тяжелую ОСР, которая характеризуется следующими симптомами:

- психические: беспомощность, обморочное состояние или беспокойство, страх смерти, неспособность расслабиться
- физические: сердцебиение, дрожь, потоотделение, затрудненное дыхание, тошнота, недомогание, боль в груди и т.п.
- другие неспецифические: ребенок легко пугается, вздрагивает от неожиданного звука, испытывает ощущение повторения пережитого события (в виде удрученности, иллюзий или при напоминании другими), трудности при концентрации, устойчивое состояние раздражения, трудности при засыпании, поведение избегания ситуаций.

У детей младшего возраста острую стрессовую реакцию вызывают, преимущественно, те события, которые затронули их непосредственно эмоционально, и расстройство проявляется прежде всего в регрессивном развитии умений и манеры поведения (цепляющееся и младенческое поведение по отношению к взрослым, страх расставания, сосание большого пальца руки, энурез и энкопрез). У детей старшего возраста ОСР проявляется, прежде всего, в нервозности, непоседливости, трудностях концентрации, снижении успеваемости, импульсивном поведении и драчливости. Их самым предпочитаемым видом занятий дома является просмотр фильмов-катастроф и фильмов ужасов.

В течении ОСР может проявляться и тенденция расширения симптоматики: добавляется гнетущее состояние новых страхов; усугубляются расстройства сна, депрессия, нервозность или поведенческие расстройства. Иногда только через несколько дней или спустя несколько недель у ребенка возникают страхи ОСР, трудности в усвоении информации, расстройства сна и поведение избегания по отношению к определенным людям/ситуациям. Такая динамика свидетельствует о переходе ОСР в посттравматическое стрессовое расстройство.

Диагностические критерии **посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)** для взрослых не соответствуют в полной мере диагностическим критериям ПТСР, появившегося в детском возрасте. При оценке состояния детей лучше подходят так называемые альтернативные критерии, симптомы которых делятся на следующие группы:

А. На ребенка повлияло травматическое событие (см. выше, определение травмы ОСР).

В. Травмировавшее событие переживается неоднократно снова (принужденные представления о происшедшем, «травматическая игра», психическое расстройство при соприкосновении со стимулами, напоминающими о травме). У детей, подвергшихся сексуальному насилию, могут обнаружиться игры, рисунки и стиль поведения с сексуальной окраской; хвастовство перед сверстниками своими знаниями в сексуальной сфере.

С. Постоянное стремление избежать обстоятельств, напоминающих о травме, общая нечувствительность при реагировании.

Д. Постоянно проявляющиеся симптомы чрезмерного возбуждения (беспокойство, раздражительность; разрушительное, уничтожающее, вредительское поведение, расстройство внимания; повышенная готовность испугаться; расстройства засыпания и/или сна), трудности в ежедневных видах деятельности.

Е. Появление или усугубление страха расставания или новых страхов.

Замечено, что чувство повторения травмирующего события ярче проявляется в картине болезни вначале и ослабевает с течением времени, но симптомы изменения чувствительности в сторону избегания подобных стрессовых ситуаций при формировании ПТСР первоначально даже усугубляются.

Таблица 1. Факторы, увеличивающие и уменьшающие риски появления ПТСР (Perry B.D. 1999).

Появление ПТСР факторы,	События	Индивидуальные особенности	Семья и социальное окружение
Высокая интенсивность ОСР или большая продолжительность	Несколько одновременных или повторяющиеся психологические травмы (например, насилие в семье, физическое наказание ребенка)	Женский пол	Травма непосредственно влияет на ребенка или его опорное лицо
	Получение физического повреждение ребенком	Возраст (более молодые более чувствительны)	Большой страх/тревога близкого человека
	Травма или смерть опорного лица (мать)	Субъективное восприятие события	Семья, занятая своими проблемами
	Видение расчлененного/обезображенного мертвеца, трупа	Наличие предшествующих травм	Физическая изолированность
	Вид сломанного/сожженного дома или школы	Отсутствие культурной или религиозной поддержки	Пребывание в интернате, на попечении родственников и т.д.
	Наблюдение/переживание какой-нибудь катастрофы	Недостаточность навыков общения, изоляция	Отсутствие опорного лица, хороших друзей
	Травма нанесена членом семьи	Низкий уровень интеллекта (IQ); существование ранее психических расстройств	
Факторы, уменьшающие риск возникновения ПТСР. Более слабая интенсивность ОСР или более короткая продолжительность	Одно единственное травмирующее событие	Понятность ситуации для ребенка	Надежная поддержка ребенка семьей и общественностью
	Травмирующее событие было кратковременным	Ребенок с хорошей приспособляемостью	Не травмированное непаникующее опорное лицо
	Событие не привело к изменению в структуре семьи	Ребенок был подготовлен к травмирующему событию	Опорное лицо было подготовлено к травмирующему событию
	Стресс был причинен незнакомцем	Немедленная посттравматическая помощь и вмешательство	Надежные доверительные отношения в семье
Надежная система культурных и религиозных взглядов		Хорошие навыки воспитания у родителей	

Реакция на какую-нибудь психологическую травму может длиться несколько минут или несколько дней (как в случае ОСР), иногда, однако, месяцы и даже годы (ПТСР), проходя через определенные периоды. В каждой кризисной реакции можно выделить четыре периода.

1. Период шока (с психомоторным торможением или тревожным метанием).
2. Период реакции – длится от нескольких недель до нескольких месяцев (повторяются насильственные видения с вегетативной активацией, страхами, расстройствами сна, трудностями в когнитивной деятельности).
3. Период переработки, в котором интенсивность переживаний ослабляется, улучшается приспособляемость.
4. Период переориентации – травматическое событие не забывается, но его актуальность уменьшается, восстанавливается прежний уклад жизни и адаптируемость.

У детей восстановление от ПТСР проходит тяжелее, чем у взрослых, создавая основу для склонности к образованию психических расстройств (депрессия, обсессивно-компульсивные расстройства, соматоформные расстройства, расстройства личности, злоупотребление наркотиками) в более старшем возрасте.

Если у ребенка после травмирующих событий появляются изменения эмоционального и/или физического состояния и поведения, следует обратиться к врачу и другим специалистам для получения помощи. Для лечения стрессовых расстройств используется психотерапия, адаптация к среде и иногда также лекарства.

Психотерапия

При планировании лечения учитывают уровень развития ребенка, имеющиеся у него трудности, прежние поступки ребенка (и семьи), имеющиеся ресурсы и время, когда произошло травмирующее событие. Сразу же после травмирующего события наиболее важно отреагировать на удовлетворение самых основных потребностей, которыми являются обеспечение физической надежности и безопасности и контакт с членами семьи или другими благонадежными взрослыми. Зачастую ребенок или семья нуждаются также в краткосрочной психологической поддержке. Непосредственно в период, следующий за травмирующим событием, целью психологической помощи является уменьшение острого дистресса и поддержка процесса восстановления. Психологическая помощь, следующая за событием, может быть интенсивной, кратковременной и иметь психообразовательный характер. В ее ходе объясняются факты, связанные с травмирующим событием, оцениваются и нормализуются первичные реакции ребенка и членов семьи, поощряется выражение чувств, преподаются навыки решения проблемы и решается вопрос о необходимости дальнейшей психологической поддержки и лечения. Поскольку роль родителей и семьи очень важна в формировании дальнейшей способности ребенка справляться с ситуацией, то обычно привлекаются родители или опекуны ребенка. Семье помогают понять ожидаемые, нормальные реакции, использовать

существующие ресурсы, чтобы справиться с ситуацией, и распознать факторы риска в отношении продолжительных симптомов у ребенка. Почти все дети, которые подвергаются воздействию травмирующих событий, испытывают острый стресс непосредственно после события, и, зачастую, какие-нибудь изменения в поведении и эмоциональном состоянии. Большинство из этих симптомов являются краткосрочными, и со временем при помощи надежных взрослых восстанавливается прежнее состояние ребенка. Хорошо функционирующая семья действует как буфер: ребенок обычно рассказывает родителям о произошедших неприятных событиях, получает утешение, ему помогают понять случившееся, и родители прилагают усилия для того, чтобы ребенку стало лучше. В идеальном случае семья предоставляет ребенку безопасную и подходящую по развитию среду для выздоровления, уменьшая дальнейшее соприкосновение со стрессором, заново создавая нормальный ритм жизни и роли и активируя поддержку вне семьи. В благоприятной социальной среде и при здоровых отношениях ребенок лучше справляется с травмой, но иногда родители и члены семьи сами травмированы теми же самыми событиями и их реакции, в свою очередь, влияют на реакции ребенка. Важно помочь родителям в поддержке детей, особенно, если сами родители были непосредственно связаны со случившемся. Также может возникнуть ряд практических вопросов, в связи с чем необходимо сотрудничество специалистов в различных областях для обеспечения ребенку по возможности надежной и безопасной среды. Необходимость дальнейшего лечения зависит от сохранения симптомов и способности семьи поддержать ребенка.

Общие цели сосредоточенной на травме психотерапии – помочь ребенку понять природу и влияние травмы, поддержать его способность думать и говорить о событии без излишнего волнения и уменьшить силу и частоту симптомов навязчивости, избегания и чрезмерного волнения. Важность целей оценивается вместе с ребенком и его родителями, и прежде всего рассматриваются те симптомы, которые максимально влияют на ежедневное функционирование ребенка. Если с ребенком обращаются месяцы или даже годы спустя после травмирующего события, данные об истории жизни ребенка до травмы помогают понять обычные реакции ребенка на стресс и оценить, в какой мере имеющаяся симптоматика связана с травмирующим событием. Подходы к лечению отличаются также в зависимости от того, является ли данное травмирующее событие единичным, например, автомобильная авария, присутствие при нападении, или продолжалось более длительное время, например, постоянное насилие в течение нескольких лет. Симптомы, последующие за единичным событием, часто меньше и лучше поддаются лечению, чем симптомы, связанные с травмой, продолжавшейся более длительное время. Особенно уязвимы для отрицательных последствий дети, чьи условия жизни постоянно травмирующие, когда у ребенка нет перерыва между психически травмирующими событиями, чтобы восстановиться.

Учитывая варьирование реакций детей на критические события, психотерапевтические подходы являются гибкими. Фокусируются на наиболее проблемных областях с целью разработать и поддержать план действий, направленный на умение ребенка справиться с ситуацией, увеличение его чувства контроля и самоэффективности и уменьшение чувства беспомощности

и ощущения себя жертвой. Центральной частью различных методов лечения является воображаемое соприкосновение с событием и эмоциональная проработка соответствующего содержания.

Для многих детей непосредственный разговор о травмирующем событии слишком труден и следует найти другие средства для подхода к воспоминаниям о травмирующем событии. Прежде всего, при лечении маленьких детей, которые не способны трактовать травму в словесной форме, часто используются игры, рисунки или драматизация. Хотя рисунки и игра детей весьма информативны, они используются в терапии, прежде всего, в качестве средства общения, а не оценивания. Дети передают в рисунках и игре различные элементы травмирующего воспоминания и связанные с этим эмоции, с их помощью трактуется травматический опыт. В случае направленной игры ребенку дают принадлежности и кукол, которые представляют различные компоненты травмирующего события. В свободной игре ребенок сам выбирает средства для игры и темы и выражает, прежде всего, те аспекты своего опыта, которые актуальны для него в данный момент.

В когнитивно-поведенческой терапии ПТСР используется представление связанных с травмой стимулов в воображении или реальной жизни, техники борьбы с тревожностью, исправление ложных или искаженных мыслей по поводу травмы и объяснения о формировании расстройства.

Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ, англ. EMDR) – психотерапевтический подход, созданный для уменьшения симптомов ПТСР. Он основан на адаптационной теории обработки информации, согласно которой симптомы возникают из неправильно адаптированных запечатленных воспоминаний, которые содержат мысли, убеждения, физические ощущения и чувственный опыт, который был запечатлен во время травмирующего события. При применении техник ДПДГ вмешиваются в эту информационную систему, активируя информацию, запечатленную в момент травмирующего события, и помогают найти адаптационное решение через ее проработку. В процессе проработки травмы затрагивают эмоционально беспокоящий материал маленькими последовательными порциями, сосредоточив внимание, с одной стороны на связанных с травматическим событием убеждениях, эмоциях и физических ощущениях и, одновременно, и на внешнем стимуле. Наиболее часто используемым внешним стимулом являются выполняемые под руководством терапевта двусторонние движения глаз, но в работе с детьми также используются касания руками и двусторонние звуковые стимуляции.

При лечении детей, помимо индивидуальной терапии и семейного консультирования, дополнительно используется групповая терапия. Это позволяет уменьшить у ребенка чувство отчужденности от сверстников и получить положительный опыт социализации. В такой опорной группе, как правило, 6-8 детей, и концентрируются на разделении связанных с травмой опыта и чувств, на нормализации реакций и поддержке контроля и создания уверенности в себе.

Успешное лечение часто требует, помимо использования психотерапевтических приемов, также и влияния на физиологическую регуляцию при помощи лекарств. Симптомы перевозбуждения могут привести к добавлению ряда связанных

между собой проблем, таких как, например, ухудшение успеваемости и снижение самооценки, непродуктивные способы решения проблем, проблемы в отношениях. В результате – порочный круг, который сложно разорвать, поскольку физиологическая сверхреактивность угнетает способность изменить уровень тревожности, сосредоточиться на учебе и препятствовать импульсивному поведению.

Использование лекарственных препаратов

При лечении стрессовых расстройств у детей используют лекарственные средства, влияющие на психику, для изменения тревожных симптомов в случае, если дистресс после травмы является очень интенсивным, или в клинической картине наблюдается тенденция к расширению симптомов. В шоковый и реакционный периоды кратковременно (1-2 недели) используются успокоительные, но недостатком этого является вызываемое ими чувство сонливости и усталости, а иногда эйфоризирующее действие. В случае ПТСР как состояния, требующего долгосрочного лечения, предпочтение отдается, главным образом, антидепрессантам. У антидепрессантов обнаружен положительный эффект на обработку информации головным мозгом и улучшению способности к обучению, а также нормализующее влияние на основные симптомы ПТСР (избегание определенных стимулов, страхи, проявления раздвоения личности, физические расстройства). В начале лечения антидепрессантами следует быть внимательным к суицидальным мыслям и попыткам. Иногда для лечения стрессовых расстройств показаны препараты, уравнивающие перепады настроения (тимостабилизирующие), к которым относятся противоспазматические препараты. Для лечения сильного психомоторного беспокойства, агрессивности, частых навязчивых воспоминаний или психотических симптомов используют антипсихотические препараты (нейролептики).

Возможности школы и учителя при поддержке ребенка

Школа (и детский сад) в жизни травмированного ребенка является важной опорой, представляющей стабильность и последовательность, поскольку ребенок проводит большую часть времени в школе или детском саду, где важны групповые структуры и учителя имеют хороший опыт и квалификацию для работы с детьми. Иногда учитель является наиболее осведомленным о проблемах ребенка. Он видит горе ребенка, трудности в обучении, усталость, трудности в социальных отношениях. Ниже приведены некоторые советы для преподавателей.

Будьте терпеливы в отношении проблемы ребенка. Все травмированные дети в острый посттравматический период в некоторой степени демонстрируют знаки повторного травматического опыта (в игре, рисунках), проявления избегания (отдаление, забывчивость, избегание других детей), проявления повышенной реактивности (тревогу, проблемы со сном, раздражительность, импульсивность) и другие признаки опасности, такие как, например, снижение успеваемости и др. Многие дети демонстрируют эти симптомы и годы спустя после травмирующего события, особенно если они столкнулись с чем-то, напомнившим им о событии, будь то в их сознании или в действительности. Знание о стрессовых состояниях ребенка помогает учителю лучше понять способы реагирования травмированного ребенка, особенности обработки информации и обучения. Травмированный

ребенок обычно находится в состоянии, где порог возникновения страха очень низок, он реагирует сверхвозбуждением или диссоциативной реакцией приспособления, поведенческое и когнитивное функционирование отражает это состояние. Если травмированный ребенок находится в состоянии тревоги (например, из-за того, что он думает о психологически травмировавшем событии), он в меньшей степени способен сосредоточиться, более тревожен и будет уделять больше внимания невербальным знакам, таким как тон голоса, позы и выражение лица. Чем больше ребенок чувствует себя в опасности, тем более незатейливым (или дегенерированным) становится его образ мышления и поведения. Непосредственно после случившегося ребенок с трудом может обрабатывать сложную и абстрактную информацию. Повторяйте ту же информацию снова и снова. Со временем, когда пройдет определенный временной и эмоциональный промежуток, ребенок сможет сосредоточиться на более продолжительное время, сможет принимать и обрабатывать информацию.

Предоставьте стабильный, предсказуемый распорядок дня. Для большинства детей травмирующее событие является новым и пугающим опытом, который может значительно повлиять на их понимание мироустройства. Убеждения ребенка о стабильности и безопасности пошатнулись, из-за чего каждый последующий неизвестный опыт или изменение могут привести к путанице и страхам. Позаботьтесь о том, чтобы у ребенка было постоянное ежедневное расписание и чтобы он знал это, например, время приема пищи, выполнения домашней работы, время для игры, отдыха и т.д. Если в расписании возникли изменения, например новые виды деятельности, заранее скажите и объясните это ребенку. Травмированный ребенок чувствителен по отношению к контролю, ему важно, чтобы окружающие взрослые владели ситуацией. Как только станет возможным, следует постараться вернуться к привычному ритму жизни – это даст ребенку ощущение, что жизнь продолжается, вновь находится под контролем.

Дайте ребенку выбор и чувство контроля. Старайтесь избегать ситуаций, в которых травмированный ребенок имеет мало выбора или контроля. Если ребенку дается какой-нибудь выбор или элемент управления в общении или действии со взрослым, он чувствует себя в большей безопасности и способен думать и вести себя более зрело. Если у ребенка трудности с послушанием, изложите последствие для него в виде выбора, это дает ребенку ощущение контроля и помогает уменьшить эмоциональное напряжение.

Обсудите с ребенком его ожидания в вопросах, связанных с его поведением и дисциплиной. Позаботьтесь о том, чтобы правила и последствия за их нарушение были бы четкими и понятными для ребенка. Будьте последовательны при осуществлении наказаний, но при этом гибки. В случае подходящего поведения используйте положительное закрепление.

Дайте ребенку соответствующую его возрасту информацию и говорите о травмирующем событии, потере или смерти открыто и честно. Ребенку следует говорить правду, даже если это эмоционально трудно. Честность и открытость поможет создать доверительные отношения. Детям не поможет отношение по типу «не думай об этом» или «выброси это из головы». Чем больше ребенок знает о том, как функционирует мир взрослых, тем легче ему будет осознать произошедшее. Непредсказуемость и неизвестность усиливают симптомы

травмированного ребенка – ребенок становится более тревожным, боязливым, импульсивным, своенравным. Не имеющие реальной информации дети склонны выдумывать вещи и заполнять пустые места для того, чтобы сделать историю полной или объяснить ее. В большинстве случаев детские страхи и фантазии более пугающи и тревожны, чем правда. Поправьте ребенка, если он понял что-то неправильно или если он верит во что-то неправильное, например, что авария произошла по его вине. Выслушав ребенка, ответив на его вопросы, предложив ему поддержку и утешение без выказывания чрезмерной реакции или избегания темы, вы поможете ему лучше справиться с ситуацией. Ребенок не расскажет об угнетающих его мыслях, если он чувствует, что других это раздражает или пугает. В то же время нельзя ребенка принуждать говорить или насильно затрагивать тему, игнорируя его готовность справиться с этим. Но если ребенок сам затронет тему или, скорее всего, думает об этом, не следует избегать обсуждения. Беседа о травматическом опыте дает облегчение, позволяет выразить чувства, сопоставить в мыслях разные элементы случившегося и создать словесные рамки для полученного опыта. Поощрите ребенка говорить о чувствах, которые возникли у него в связи с событием или потерей, но позвольте ему решать, когда, как долго и как много обсуждать это.

Имейте в виду, что дети не реагируют на травмирующие события одинаково. У некоторых детей не проявляются явно изменения в мышлении, чувствах или поведении, или симптомы появляются значительно позже, из-за чего трудно установить связь между симптомами и травмирующими событиями. Ребенку может потребоваться пережить несколько болезненных моментов реального опыта, чтобы осознать произошедшее, и его промежуточная реакция способности справляться с ситуацией может ввести в заблуждение. Чем более знающим вы будете, тем легче вам будет понять ребенка и предложить ему поддержку и помощь. В то же время, нельзя сразу воспринимать каждую стрессовую реакцию ребенка как болезненную, и предполагать, что соприкосновение с травмирующими событиями неизбежно ведет к долгосрочной психологической травме.

При возникновении вопросов проконсультируйтесь с коллегами или обратитесь к детскому психиатру или психологу. От учителя ждут открытости, разумности и тактичности относительно проблем ребенка, предполагается, что учитель считается с временными трудностями ребенка в обучении, и нести все это одному может оказаться весьма обременительной задачей.

Использованные и рекомендуемые источники информации

- Liivamägi J. (2011). Laste ja noorukite rasked stresshäired. Medicina
- Dyregrov, A. (1999). Lapse lein. Gummerus Kirjapaino OY, Jyväskylä
- Perry B.D. Stress, trauma and post-traumatic stress disorder in children. Child Trauma Academy. Interdisciplinary Education Series 1999; 2(5).

Расстройства приема пищи у детей и подростков

Меэри Пеннар, Таави Халлик, Ингрид Вахтель, Эвели Месикапп

Основным при расстройствах приема пищи является придание чрезмерного значения весу и форме тела и связанный с этим сильный страх перед увеличением веса, отчего предпринимаются экстремальные попытки избежать увеличения веса. Основными расстройствами приема пищи являются нервная анорексия и нервная булимия.

О причинах возникновения и развитии расстройств приема пищи

Расстройство приема пищи обычно впервые проявляется в детском или подростковом возрасте. Поскольку в детском и подростковом возрасте происходят критические изменения в невральном, физическом и психологическом созревании, то недоедание и связанные с этим долговременные медицинские последствия носят особенно тяжелый характер. Считается, что расстройства приема пищи возникают в результате взаимного влияния генетических, биологических, психологических и социально-культурных факторов. Сам по себе ни один фактор не является необходимым или достаточным для возникновения расстройства приема пищи. Большая вероятность развития нервной анорексии у людей, у которых присутствуют из психологических особенностей страстное желание совершенства, предупредительность и негибкость. В период полового созревания увеличение уровня эстрогена у девочек влияет на уровень сигнальных молекул в мозге, которые, в свою очередь, влияют на питание, эмоциональность и поведение. Повышенная активность в некоторых отделах мозга, которые значительно развиваются во время и после полового созревания, может вылиться в чрезмерное беспокойство, желание соответствовать совершенному идеалу и такие планы действий для достижения далеких целей, которые характерны для больных нервной анорексией. Стресс и/или социально-культурное давление могут также способствовать заболеванию, усиливая свойственную индивидуальную склонность к тревожности и принудительному поведению. Для больных нервной анорексией ограничение питания имеет снижающий тревожность эффект, в результате чего происходит попадание в замкнутый круг, где употребление пищи увеличивает тревожное состояние, а отказ от еды его уменьшает. Описанный замкнутый круг может быть причиной, по которой болезнь остается хронической у части больных, и даже в случае улучшения они продолжают придерживаться диеты.

Согласно **когнитивным теориям** о расстройствах приема пищи причиной сохранения расстройств приема пищи является не только строгая диета, но и когнитивные искажения и установки относительно своего веса и формы тела, оценивание себя через их призму, сконцентрированные на диете **мысли и**

убеждения, не поддерживающие восстановление здоровья (нефункциональные). Типичные примеры искажений: чем меньше я вешу, тем более ценным человеком я являюсь; употребление жира делает меня толстым/-ой; мне следует точно знать, сколько калорий я съедаю, иначе я не смогу контролировать свой вес; все смотрят, какой/-ая я толстый/-ая; я не переживу, если еще поправлюсь; если я съем конфету, она сразу превратится в жир на моей попе; я чувствую, как после еды становлюсь толще и придавливаюсь к земле.

Характерное для расстройств приема пищи экстремальное поведение – своего рода попытка облегчить душевную боль, хотя симптомами, наоборот, усиливают плохое самочувствие и поведение – например, доходящее до крайности ограничение пищи или, наоборот, переедание, и следующее за этим изгнание пищи, способствуют сохранению расстройства. Сильная самодисциплина и контроль в видах деятельности могут приобрести внешний вид насильственного действия: человек бежит в любую погоду, на рассвете, ночью в темноте; занятия в тренажерном зале продолжаются несколько часов; домашнее задание переписывается неоднократно заново и т.п. Может присутствовать саморазрушительное поведение, преследующее целью наказать себя, поскольку оказался неспособным жить по примеру совершенного образца. Физиологические поражения, вызванные расстройствами приема пищи, выражаются как в изменении поведения, так и в психической деятельности. Так, прежде хороший и дружелюбный ребенок при обнаружении расстройства приема пищи вдруг становится угрюмым, привередливым, застенчивым и критичным. На поведение также оказывает влияние повышенная возбудимость, которая нарушает мыслительные способности таким образом, что различные нейтральные явления воспринимаются как опасные и угрожающие. Продолжительное голодание и повышенная возбудимость ведут к искажению поступающих из окружающей среды сигналов. Так, положительные и нейтральные сообщения, например: «Ты выглядишь лучше», – могут в голове ребенка получить отрицательный смысл: «Я – жирный/-ая».

В результате расстройства приема пищи ухудшается как психическое, так и физическое состояние. Несмотря на спад когнитивных способностей (таких как концентрация, способность к абстрагированию), ученики с расстройствами приема пищи пытаются все больше и больше учиться, так что успеваемость может упасть только в очень тяжелом состоянии. Снижение успеваемости вызывают как ухудшение когнитивных способностей, так и чрезмерный акцент на достижении результата. Ученикам с расстройством приема пищи, ориентированным на достижение результата, важно прежде всего казаться успешными, а не получить знания. Они больше беспокоятся об оценивании и признании, чем о выученном материале.

Целью является быть таким положительным, как только возможно, продемонстрировать лучшую компетентность, чем у других, и состязаться до тех пор, пока не получена наилучшая оценка. Сопровождается негибким поведением (например, неоднократное переписывание школьного задания).

Для расстройств приема пищи характерны сопутствующие проблемы в семейных отношениях. Наличие расстройства зачастую оказывается для родителей, по оценке которых ранее ребенок был точно «совершенным» беспроблемным

показательным ребенком, сюрпризом. Установка родителей заставляет ребенка, в свою очередь, предпринимать усилия, чтобы продолжать быть образцовым и угодным для своих родителей. В семье проявляются страх, самообвинения, трудности в процессе борьбы с проблемой, а также чувство вины ребенка из-за беспокойства родителей. В зависимости от возраста, чувства ребенка могут быть противоречивыми. У детей помладше может проявиться оппозиционно-вызывающее поведение – не хотят слушаться родителей, игнорируют правила. Родители часто чувствуют себя плохими, неудачниками; опасаются, что ребенок потеряет свое положение как в глазах учителей, так и в глазах сверстников. С другой стороны, они могут чувствовать страх, что из-за болезни ребенка раскроются другие семейные тайны. Помимо внутрисемейных проблем расстройству приема пищи часто сопутствуют изменения в дружеских отношениях – стремятся держаться вдали от друзей, начинают бояться близких отношений.

О частоте расстройств приема пищи и сопутствующих заболеваниях

Эпидемиологические данные о распространенности детских расстройств приема пищи в Эстонии отсутствуют. Эпидемиологическое исследование среди американского населения показало, что распространенность нервной анорексии среди девочек 9-18 лет составляет 1,7% и среди мальчиков той же возрастной группы 0,3%; распространенность нервной булимии среди девочек 9-18-лет составляет 0,3% и среди мальчиков – 0,2%.

В Финляндии было обнаружено, что 3/4 подростков, страдающих нервной анорексией, имеют сопутствующее психическое расстройство. Наиболее часто обнаруживались признаки депрессии, тревожных расстройств, обсессивно-компульсивного расстройства и ананкастного расстройства личности. При нервной булимии чаще всего, помимо расстройства настроения и тревожного расстройства, присутствовали признаки нестабильного и зависимого расстройства личности импульсивного и пограничного типа и злоупотребление наркотиками. При расстройстве пищевого поведения очистительного типа больше всего обнаружено агрессивного поведения, направленного против себя, и суицидальных попыток. При ограничительном типе нервной анорексии не найдено больше обыкновенного злоупотребления алкоголем или зависимости. В Америке среди девочек с диагнозом синдрома дефицита внимания и гиперактивность расстройство приема пищи встречается в 3,6 раза чаще по сравнению с контрольной группой.

Случаи сексуального насилия описаны в 20-50% случаев нервной булимии и нервной анорексии. Сексуальное насилие в детстве чаще описано у женщин с расстройствами приема пищи, чем у здоровых женщин в популяции, и у этих пациентов больше вероятность развития сопутствующих психических расстройств.

В Финляндии, по данным двух исследований, проведенных среди подростков с нервной анорексией, у 42 – 44% наблюдалась пониженная плотность костей (остеопения) различной степени, и степень остеопении была в прямой взаимосвязи с длительностью отсутствия менструаций (аменореи).

Мальчики с расстройством приема пищи оказываются на лечении реже и их физические осложнения обычно тяжелее. У мальчиков, страдающих нервной анорексией, в большинстве случаев происходит уменьшение роста. Мальчики с расстройством приема пищи чаще используют гормоны (например, анаболические стероиды) и пищевые добавки с целью снижения веса и, в то же время, для увеличения мышечной массы. Следует отметить, что употребление анаболических стероидов затрудняет диагностирование расстройства приема пищи, поскольку диагностические критерии не выполняются.

Симптомы расстройств приема пищи

При **нервной анорексии** основным сигналом опасности является ограничивающее питание поведение. Едят меньше обычного (600-1000 ккал/день), в том числе существуют так называемые разрешенные и запрещенные продукты; прежде всего предпочтение отдается низкокалорийным продуктам и маленьким порциям. Характерны связанные с едой ритуальные стили поведения, используемые для уменьшения тревожности, такие как, например, медленный прием пищи, взвешивание порций еды, подсчет калорий, измельчение продуктов. Может присутствовать увеличение потребления жидкости, припрятывание или выбрасывание пищи. Предпочтительно употребляют пищу в одиночестве, но в более редких случаях ищут возможности поесть с другими, чтобы не думать о связанных с анорексией страхах. Вместе с ограничением пищи сверх меры увеличивают физическую активность, часто взвешиваются, носят просторную одежду, чтобы скрыть худобу. В то же время существуют и такие молодые люди, которые хотят продемонстрировать свое худое тело путем ношения короткой или обтягивающей одежды.

Мысли, связанные с весом и питанием, становятся преобладающими, из-за чего возможна жадная скупка еды, собирание рецептов и охотное приготовление пищи для других. Чем больше снижается вес, тем больше возникает навязчивых мыслей, проявляющихся в постановке правил и запретов по отношению к себе. Например, количество калорий, которое нельзя превышать; правило, что всегда следует есть меньше других, отказ от еды в ресторане и т.д. Вследствие голодовки мыслительная способность становится негибкой – ребенок настойчиво остается при своем собственном мнении, теряет способность понимать другие точки зрения и принимать их во внимание.

Нервная булимия характеризуется стремлением ограничить количество потребляемой пищи, что вызывает непреодолимое желание поесть, потерю контроля над количеством съедаемой пищи. После того, как человек предается обжорству, его преследуют сильные чувства сожаления и вины, для того чтобы справиться с ними, может применяться чрезвычайное поведение по очищению организма (например, вызывание рвоты, злоупотребление слабительными и т.д.). Если при ограничении питания потребляются главным образом низкокалорийные продукты, то во время приступов усиления аппетита потребляется очень большое количество углеводов и жиров (за раз в среднем 2000-3000 ккал). Возбудителем усиления аппетита часто являются негативные эмоции, такие как тревога, состояние напряжения, подавленность, замотанность и усталость. Чередующиеся

периоды поддержания диеты и переедания действительно вызывают изменения веса тела, но, в большинстве случаев, он остается в пределах нормы. Поведение переедания и очищения стремятся скрыть от других, как нечто постыдное и неприличное. Характерно непрерывное вращение мыслей вокруг пищи и вопросов, связанных с едой. Затруднена способность контролировать свои импульсы, что может выражаться как в сильных перепадах настроения, приступах ярости, так и в непостоянстве в отношениях. Многие признаки булимии являются вторичными психологическими реакциями на потерю контроля над питанием, в частности, депрессивные и тревожные симптомы, социальная изоляция и нарушение концентрации.

Для определения расстройства приема пищи важно заметить и обратить внимание на изменения в настроении (раздражительность, угрюмость, ухудшение расположения духа, тревога и т.д.), поведении (большой размер одежды; посещение туалета после еды; чрезмерная физическая активность; очень медленное или быстрое поглощение пищи; постоянное оправдывание, почему не может есть и т.д.), социальной жизни (уединение, уменьшение интересов), а также во внешности (потеря веса, увеличение или колебания; изменения волос, ногтей или кожи и т.д.).

Наиболее частые жалобы при расстройстве приема пищи

Нервная анорексия: отсутствие менструаций или аменорея, нервозность, депрессия, повышенная утомляемость, слабость, головная боль, головокружение, боль в груди, запор, боли в животе, чувство тяжести во время еды, частое мочеиспускание, сухость кожи, непереносимость холода, боли в нижней части спины, у взрослых также бесплодие.

Нервная булимия: нерегулярные менструации, учащенное сердцебиение, изжога, неспецифические боли в животе, вздутие живота, вялость, усталость, головная боль, запор или понос, отек рук/ног, частая молочница ротовой полости, повышенная чувствительность зубов, депрессия, опухшие щеки.

Наиболее частые физические симптомы

Нервная анорексия: похудание, понижение температуры тела, замедленная работа сердца, снижение кровяного давления, уменьшение перистальтики кишечника, сухость кожи, пролежни, поредевшие и ломкие волосы, ломкие ногти, желтоватая кожа, посиневшие и холодные кисти рук и ступни ног, отеки вокруг глаз и в области лодыжек, шумы в сердце

Нервная булимия: увеличение слюнных желез, повреждения зубной эмали, кариес, пародонтит, точечные кровоизлияния на лице, покраснение и трещины в углах рта, язвы в полости рта, кровавая рвота, отеки вокруг глаз и в области лодыжек, вздутие живота, сердечная аритмия.

Распространенные **заблуждения** относительно расстройств приема пищи

«Расстройства приема пищи встречаются только у женщин». Исследования показывают, что около 10% больных с диагнозом нервная анорексия и нервная булимия – мужского пола. Одной из причин такого предрассудка может быть

тот факт, что женщины чаще обращаются за помощью. Кроме того, существуют различия в проявлении симптомов – женщины больше беспокоятся по поводу веса, а мужчины по поводу хорошей формы. По сравнению с женщинами, у мужчин болезнь чаще сопровождается депрессией и злоупотреблениями препаратами.

«Расстройства приема пищи не являются психическими нарушениями». Расстройства приема пищи занесены в Международную классификацию в отдельную группу психических расстройств. Очень запутаны комбинации других психических расстройств, таких как, например, дистимия, тревожные расстройства, зависимости совместно с расстройством приема пищи.

«Уже на основании одного лишь внешнего вида можем сказать, что имеем дело с расстройством приема пищи». Расстройства приема пищи развиваются по-разному, в некоторых случаях заметна потеря веса, в других – нет. Кроме того, больные очень хорошо умеют скрывать признаки заболевания. Важно заметить изменения в поведении и настроении ребенка.

«Причиной возникновения расстройств приема пищи являются СМИ». Хотя социально-культурные факторы и играют свою роль, однако расстройство приема пищи развивается при взаимодействии биологических, психологических, семейных и социально-культурных факторов. Часто причины кроются в более глубоких психологических проблемах, и сопровождающее поведение свидетельствует о том, что ребенок находится в беде и нуждается в помощи.

Диагностирование расстройства приема пищи

При оценивании нормального и нарушенного питания следует иметь в виду, что в детском возрасте на питание, вес тела и рост влияет большое количество факторов. Определенное поведение в питании является нормальным для определенного возраста. Например, осторожность и отказ от новой пищи является нормальным в младшем детском возрасте, но в более позднем возрасте это является проблемным. Проблемным или расстроеным можно считать такое поведение по отношению к приему пищи, которое негативно сказывается на физическом здоровье ребенка, росте, развитии и/или функционировании, вызывает устойчивый дистресс (страх, стыд), или мешает/препятствует нормальному совместному семейному приему пищи.

Поскольку диагностические критерии МКБ-10 не в состоянии в достаточной мере принимать во внимание особенности развития и возрастные особенности, у детей и подростков в основном диагностируют неуточненное расстройство приема пищи. К примеру, у детей и подростков по сравнению со взрослыми чаще встречается уменьшение или отрицание психических проявлений расстройства (искажения в восприятии и мышлении), отчего типичные критерии нервной анорексии и нервной булимии не выполняются.

Избавление от расстройства приема пищи

Не существует конкретного соглашения, как определить улучшение при расстройстве приема пищи. В большинстве случаев под этим подразумевается удержание устойчивого и здорового веса в течение месяцев или лет наряду

с правильным питанием, а у девочек с нормальными менструациями. Установлено, что от нервной анорексии излечиваются полностью или частично 50-70% больных. Результаты исследований показывают, что после длительного процесса выздоровления все же сохраняются негативная эмоциональность, поведение избегания, желание совершенства и худобы, умеренная тенденция к следованию диете и тренировкам принудительного характера.

Лечение расстройств приема пищи

Цели лечения:

- при пониженном весе – восстановление нормального веса (нормальным весом считается такой вес, при котором происходит соответствующее возрасту половое развитие у детей, восстанавливается менструация и нормальная овуляция женщин и сексуальная потребность и гормональный баланс для мужчин);
- лечение физических осложнений;
- увеличение мотивации пациента и готовности к сотрудничеству для восстановления нормальных навыков питания и участия в лечении;
- предоставление знаний о здоровом питании и организации питания;
- изменение нецелесообразных мыслей, убеждений, взглядов;
- лечение сопутствующих психических расстройств;
- поддержка и консультирование семьи;
- предупреждение возобновления заболевания.

В большинстве случаев расстройство приема пищи лечат в амбулаторных условиях. При тяжелом недовесе или неконтролируемом очищающем поведении показано провести первый этап увеличения веса и восстановления питания в больнице. Важно знать, что слишком быстрое восстановление питания связано с многими потенциально опасными медицинскими осложнениями и, следовательно, восстановление питания должно осуществляться под руководством специалиста. Параллельно с восстановлением питания важно проконсультировать ребенка, как справиться с приятием своего веса.

Психотерапия

Помимо восстановления навыков питания, в основном, необходима психотерапия, чтобы исправить социальные и психологические навыки ребенка. По вопросу выбора терапии среди исследователей нет единого мнения, но наиболее распространенной является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), доказавшая свою действенность в лечении булимии. В случае анорексии не найдено ни одного вида терапии, показавшей более высокую эффективность по сравнению с другими, отчего программы по лечению анорексии объединяют главным образом психотерапевтические подходы, в основе которых зачастую лежит КПТ. Чем младше пациенты, тем большее предпочтение отдается семейной терапии.

Наиболее важным элементом терапии является хорошее и доверительное отношение, создание которого является основной целью на ранней стадии терапии. Если в начале лечения запастись терпением, чтобы потратить на это достаточно времени, то хорошие конечные результаты будут достигнуты быстрее. Роль психолога заключается в том, чтобы помочь ребенку понять, что с ним происходит, что он переживает и уменьшить сопутствующую расстройству путаницу в сознании. Ребенок должен бы добиться получения полной картины себя самого – кто я, чего я хочу добиться в жизни, что я сам могу для этого сделать и каковы мои ценности. Терапевт должен помочь ребенку увидеть, что его сущность не заключается только в его внешнем виде. Необходимо поощрять адекватную самооценку ребенка и способность принять свои сильные и слабые стороны, положительные и отрицательные черты. Во время курса терапии приобретаются более здоровые и подходящие по возрасту жизненные стратегии, так что расстройство приема пищи больше не входит в их число. Зачастую в качестве «фоновых факторов» выявляются бессознательные проблемы, как, например, желание быть услышанным и замеченным, борьба за самостоятельность, страх потерять контроль над своей жизнью, которые ребенок пытается решить с помощью пищевых симптомов.

КПТ основывается на идее, что поведение, мысли и чувства познаны через опыт, и поэтому их можно переучить и изменить. Ребенок активно участвует в терапии, сотрудничество является очень важным, и ребенок не должен в одиночку справляться со своими чувствами. Чем младше ребенок, тем больше родители включаются в процесс в качестве «вспомогательных терапевтов». КПТ учит признать и изменить направленные на нарушение здоровья мысли и убеждения о себе и мире. Ребенка учат связывать мысли с чувствами и поведением, и преподают навыки управления эмоциями. Оспаривают заблуждения по поводу веса, формы тела и питания, работают над низкой самооценкой, повышают навыки общения со сверстниками и внутри семьи. С точки зрения терапии важно, чтобы у ребенка возникло желание измениться. Постоянно требуется оценка мотивации, при необходимости – повышение мотивации. Для этого помогают увидеть разницу между нынешним поведением и более широким спектром жизненных целей, как например: «Для тебя важны отношения с друзьями, но как ты сможешь приятно провести с ними время, если ты не можешь двигаться?».

В начале терапии основной упор делается на предоставление информации о расстройстве приема пищи. Рассматриваются как суть расстройства, причины, так и способствующие ему факторы и влияние этого на психику и тело. Помогают осознать, что симптомы (например, перепады настроения, занятость едой, уход от социальной жизни) вызваны болезнью. Это уменьшает связанные с неудачей чувства вины и стыда. Информацию о физических эффектах следует предоставлять беспристрастно, как факты, а не как угрозу – это помогает ребенку взять на себя ответственность, в то время как чрезмерный страх может привести к отказу от ответственности.

Важно предоставлять информацию и в фазе изменения, чтобы уменьшить страх перед исцелением и побороть неуверенность. Часто ребенок оказывается будто в ловушке, видя в болезни так полезные, так и неблагоприятные влияния. С одной стороны, концентрация на еде/питании позволяет ребенку не заниматься

другими проблемами. С другой стороны, болезнь – неприятный мучитель (никогда не удовлетворенный, заставляющий тренироваться и делать другие странные вещи). Из этого следует, что болезнь дает противоречивые сигналы, отчего, с одной стороны, дети могут искать помощи, а с другой стороны, упорно ведут борьбу против любого вмешательства. При общении с ребенком важно слушать его, пытаться понять трудности (конечно, не осуждать!) и дать обратную связь, что его речь не была сочтена пустой или бессмысленной.

Расстройства приема пищи и лекарственные средства

Различные указания по приему лекарственных средств однозначно указывают, что лекарства не являются первичным выбором в лечении расстройств приема пищи у детей и подростков. В лечении нервной анорексии у детей и подростков в фазе восстановления питания первичным выбором является семейная психотерапия, лекарственные препараты используются для лечения сопутствующих состояний. При лечении нервной булимии рекомендуется в дополнение к приспособленной КПТ принимать антидепрессант флуоксетин, при этом следует предупредить пациентов, что долгосрочный эффект от употребления флуоксетина не известен.

Снижение плотности минерального вещества костей, вызванное нервной анорексией, по крайней мере частично обратимое явление при восстановлении веса и возвращении менструаций. Лекарства оказались неэффективными для предотвращения уменьшения плотности костей или излечения от нервной анорексии.

Включение в рацион кальция и витамина D обычно рекомендуется, хотя нет убедительных данных об их эффективности.

Основным условием для восстановления нормальных менструаций у ребенка с нервной анорексией является нормальное питание, восстановление веса тела, эмоциональное исцеление и прекращение чрезмерной физической активности.

Ребенок с расстройством приема пищи в школе

В школе возможно:

Предотвратить – создать соответствующую атмосферу

Заметить – обратить внимание на происходящие с учеником изменения

Вмешаться – убедить ученика и семью обратиться к врачу

Поддержать – сотрудничать с семьей и командой медиков

Заметив признаки, свидетельствующие о расстройстве приема пищи, следует прежде всего установить, с чем имеете дело. Создание доверительного контакта является предпосылкой для того, чтобы уточнить данные и чтобы родители были готовы следовать советам учителя или другого работника школы о необходимости профессиональной помощи. У учителей и школьного медицинского работника есть возможность вовремя направить ребенка для получения помощи.

С точки зрения процесса исцеления ребенка важно сотрудничество между школой и домом. Дети с анорексией часто долгое время находятся в больнице, и в начальной фазе лечения следует прервать обучение с целью экономии энергии. В случае серьезной потери веса иногда следует освободить ребенка от уроков физического воспитания, и, при необходимости, от всей учебной деятельности на некоторое время и после окончания стационарного лечения, при продолжении амбулаторного лечения. При возвращении ребенка в школу учителя могут оказать ему поддержку, приведя учебную нагрузку в соответствие с состоянием здоровья, а также помогая организовать отношения с одноклассниками, чтобы избежать изоляции ребенка, при необходимости просветить одноклассников. Важно избежать чрезмерно бурной реакции. Не следует обсуждать больного больше, чем это необходимо.

Работая с ребенком, следует учитывать, что чем младше ребенок, тем меньше он способен реалистично представить себе будущее, преобладающими являются заблуждения и позитивные фантазии. Направление на лечение воспринимается как достигнутое поражение, в то же время существует желание преодолеть этапы, необходимые для исцеления. Помощь можно оказать, выразив искреннюю обеспокоенность и поддержку. Обсуждая с ребенком его изменившееся поведение (например, прием пищи в одиночку), возможно отражать объективную реальность. В то же время следует избегать негативной критики и давления.

Предотвращение расстройства приема пищи

Наиболее важными факторами риска, ведущими к расстройству приема пищи или нарушению пищевого поведения, являются неудовлетворенность своим телом, беспокойство по поводу веса, принятие в качестве идеала худобы, следование диете, влияние средств массовой информации, насмешки товарищей и нездоровое поведение по контролю веса. По перечисленным факторам работают и программы профилактики.

От общества дети получают сообщения противоречивого содержания о пище и весе тела. Исследования подтвердили, что зачастую прием пищи вместе с семьей уменьшает чрезмерный контроль веса у девушек, приводит к более разнообразному и здоровому питанию, более высокому психосоциальному благополучию, лучшей академической успеваемости и меньшему употреблению наркотиков. Навыки медиаграмотности (media literacy skills) помогают защитить детей от негативного воздействия как в вопросах питания и веса тела, так и в вопросах, касающихся алкоголя и фастфуда.

Программы, улучшающие веру ребенка в себя, защищают их от различных плохих влияний и содействуют в дополнение к снижению риска расстройств приема пищи общему благополучию. Молодой человек, который чувствует себя хорошо в своем теле, с большей вероятностью ведет более здоровый образ жизни, например, активно двигается и ест больше овощей и фруктов, и поэтому у него лучше физическое и психическое здоровье.

Роль родителей в формировании у своих детей положительного самовосприятия, навыков здорового питания и нормального веса тела очень велика, это следует

объяснить им, и в то же время попытаться уменьшить вину, если возникают проблемы. Роль родителей подростков меняется, когда дети становятся независимыми. Проведены исследования о том, как семейные факторы влияют на пищевое поведение молодых людей. На основе результатов этих исследований разрабатываются четыре так называемых краеугольных камня, с помощью которых родители могут помочь ребенку достичь здорового веса тела и положительного отношения к своему телу. Родителям рекомендуется приложить усилия для того, чтобы их дети лучше себя чувствовали, питались здоровее и больше двигались, и меньше говорить на темы, связанные с весом.

Четыре краеугольных камня Neumark-Sztainer'a (2005)

1. Своим здоровым образом жизни подаешь ребенку пример

- Избегание нездоровых диет
- Избегание замечаний, связанных с весом
- Регулярное занятие приятной физической активностью

2. Являешься образцом здорового (но не идеального) пищевого поведения и выбора пищи

- Предлагаешь среду, в которой легко сделать здоровый выбор
- Легкая доступность здорового выбора
- Нормы питания, приспособленные для семьи
- Организация физической активности как нормы и ограничение просмотра телевизора
- Поддержка попыток подростка заниматься физической активностью

3. Меньше сосредотачиваешься на весе и больше на здоровом поведении и общем здоровье

- Поощрение здорового поведения без заострения внимания на снижении веса
- Поддержка своего ребенка-подростка в формировании своей личности, которая не состояла бы только из внешнего вида
- Домашний запрет на унижение по поводу веса

4. Предлагаешь благоприятную среду с большими возможностями высказаться и еще большими возможностями быть услышанным

- Выслушать и поддержать в обсуждениях тему о беспокойстве по поводу веса
- Выяснение причин, если подросток говорит о жире. Всегда открытое отношение, вне зависимости от тем и ситуаций
- Безусловная любовь, которая не зависит от веса, и дать понять это ребенку

Использованная литература

- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459–466.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Roz Shafran. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 361-384.
- Hoek, H.W., Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383–96.
- Lock, J., Couturier, J., & Agras, W. S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 666–672.
- Parkinson, K. N., Drewett, R.F., Couteur, A.S., Adamson, A.J. (2012). Earlier predictors of eating disorder symptoms in 9-year-old children. A longitudinal study. *Appetite*, 59, 161-167.
- Sassaroli, S., Gallucci, M., Ruggiero, G. M. (2008). Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 467-488.
- Tanofsky-Kraff, M., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z., Yanovski, J. A. (2008). Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: Proposed research criteria. *Eating Behaviors*, 9, 360-365.
- Weltzin, T. E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C., & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: update. *Journal of Men's Health and Gender*, 2, 186– 193.
- Wilson, G.T., Grilo, C.M., Vitousek, K.M. (2007). Psychological Treatment of Eating Disorders. *American Psychologist*, 62, 199–216
- Connan et al., (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology and Behavior*, 79 (1), 13–24.
- Lilenfeld et al., (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26 (3), 299–320.
- Rubinow, D. R., Schmidt, P. J., & Roca, C. A. (1998). Estrogen–serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 44(9), 839–850
- Torpy D., Papanicolaou, D., & Chrousos, G. (1997). *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 82, 982

- Grange, D. L., Lock, J. (2011). *Eating Disorders in Children and Adolescents. A Clinical Handbook*.
- Marchi, M., & Cohen, P. (1990) Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1), 112–117.
- Ackard et.al, (2007) Prevalence and utility of DSM–IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 409–417.
- Incidence and age–specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. Pinhas L, Morris A, Crosby RD, Katzman DK *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011 Oct; 165(10):895–9.
- Burden of eating disorders in 5–13–year–old children in Australia. Madden S, Morris A, Zurynski YA, Kohn M, Elliot EJ *Med J Aust*. 2009 Apr 20; 190(8):410–4.
- Childhood eating disorders: British national surveillance study. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM *Br J Psychiatry*. 2011 Apr; 198(4):295–301.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Oregon Research Institute, Eugene 97403. Erratum in *J Abnorm Psychol* 1993 Nov;102(4):517.
- Strober, M. , Freeman, R. ,Bower, S. ,& Rigali, J. (1996). Binge Eating in Anorexia Nervosa Predicts Later Onset of Substance Use Disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 519.
- Sullivan, P. F., Gendall, K. A., Bulik, C. M., Carter, F. A. and Joyce, P. R. (1998), Elevated total cholesterol in bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, 23: 425-432.
- Stockholmi lääni söömishäirete regionaalne ravijuhis, 2009, lk 37
- Biederman, J., S. W. Ball, M. C. Monuteaux, C. B. Surman, J. L. Johnson, and S. Zeitlin. 2007. Are girls with ADHD at risk for eating disorders?
- Castro, J. (2000), Perceived rearing practices and anorexia nervosa. *Clin. Psychol. Psychother.*, 7: 320-325
- Davies KM, Bone mass and bone mineral density were measured using dual X–ray, *Bone*,1990; 11:143–7.
- Muise, *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33: 427-435.
- Modan–Moses D, ym. *Pediatrics* 2003; 111:270–276.
- Raevuori A. *Clinical Practical Epidemiology Mental Health* 2006; 2:6.
- Steinhausen, H.–C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the twentieth century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284–1293
- Anderluh, Tchanturia, Rabe–Hesketh, & Treasure. (2003). Childhood obsessive–compulsive

personality traits in adult woman with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 160(2), 242–247.

- Eddy, K. T., Celio Doyle, A. (2008). Eating disorder not otherwise specified. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 156–164.
- Fisher, M., Burns, J., Schneider, M. (2001). Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *Journal of Adolescent Health*, 28, 222–227.

Рекомендованная литература

- Cacciatore Raissa jt. (2010). Kuidas toetada laste ja noorte enesehinnangut. Varrak
- Le Grange Daniel, Lock James. (2011). *Eating Disorders in Children and Adolescents. A Clinical Handbook*
- Keski-Rahkonen Anna jt. (2011). Söömishäired. Juhised lähedastele. *Medicina*
- Kelly D. Brownell, Christopher G. Fairburn. (2005). *Eating Disorders and Obesity, Second Edition. A Comprehensive Handbook*
- The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders and the Eating Disorders Foundation of Victoria. *An Eating Disorders Resource for Schools. A manual to promote early intervention and prevention of eating disorders in schools.* (2004). The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders and the Eating Disorders Foundation of Victoria, Victoria, Australia.



www.lastefond.ee

Детский фонд
Клиника Тартуского университета
www.lastefond.ee



Клиника Тартуского университета



Я
♥
Помогать