

## КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ИХ СЕМЕЙ

Thomas Lempp,  
Daleen de Lange,  
Daniel Radeloff,  
Christian Bachmann

### КАК ЧИТАТЬ ЭТУ ГЛАВУ

- Если вы начинаете работать в области психиатрии детского возраста: Добро пожаловать в эту захватывающую узкую специальность! Мы приглашаем вас устроиться поудобнее в кресле и прочитать всю главу.
- Вы опытный специалист и пытаетесь улучшить свои навыки по обследованию:  
Мы советуем вам прочитать клинические образцы в правой колонке и попытаться испытать их в своей практике. При желании, можете дополнительно собрать примеры и поделиться ими с врачами по всему миру, прислав их авторам следующей редакции этой главы.
- Если вы испытываете затруднения с диагностической оценкой отдельных пациентов:  
Мы советуем вам прочитать раздел решения проблем в конце этой главы. Если это не поможет, просмотрите рекомендованные публикации в разделе ссылок.

#### Как следует читать эту главу?

Процесс клинического обследования в детской психиатрии во многих отношениях заслуживает особого внимания (если не указано другое, термин «детская» относится к понятиям «детская» и «подростковая»):

- Вполне очевидно, что до того, как приступить к назначению лечения, необходимо провести всестороннюю и всеобъемлющую *диагностическую оценку*. Если диагноз выставлен неправильно, неполон, либо не понят или не принят всеми сторонами, участвующими в этом процессе, высокие шансы, что лечение окажется неэффективным. Планирование и инициирование программы лечения в детской и подростковой пси-

Конфликт интересов не заявлен  
Выражаем свою благодарность Friderike Fornoff (University of Frankfurt) и Joseph Rey (University of Sydney) за их помощь в подготовке этой главы.

Хотите поделиться своими «клиническими примерами»?

Если у вас есть комментарии относительно этой главы, особенно если вы хотите дополнить ее своими собственными клиническими примерами из своей практики, мы просим вас присылать свои предложения на адрес: [lempp@em.uni-frankfurt.de](mailto:lempp@em.uni-frankfurt.de)

Автором иллюстраций к Шерлоку Холмсу является Сидни Лейджет (1860–1908), иллюстрировавшая рассказы Конан Дойля в журнале «The Strand».



Памятник Шерлоку Холмсу в городе Майринген, Швейцария

«В это время я люблю сравнивать себя с Шерлоком Холмсом. Я использую наиболее очевидные улики (обычно это предъявляемые жалобы) для того, чтобы начать расследование, а также «копаю поглубже», чтобы понять природу симптомов и поведения, а также биологические, психологические и социальные факторы, которые обостряют и поддерживают симптомы, ухудшающие состояние». (Stubbe, 2007)

«Какими бы ни были возраст ребенка и его клинические проблемы, очень важно, чтобы интервью содержало в себе необходимую степень структурированности и стандартизации (это нужно для сравнения с другими детьми), а также было чувствительным к непредвиденному и к индивидуальной проблеме». (Rutter и Taylor, 2008)

хиатрии обычно требует затрат времени и средств. Таким образом, время, потраченное на диагностический процесс, т.е. на то, чтобы заложить надежный и прочный фундамент для эффективного планирования лечения является разумной инвестицией.

- При психиатрическом обследовании детей и подростков существуют *отличительные аспекты развития*, которые требуют особого внимания. Дети и подростки – это не маленькие взрослые. Их нельзя оценивать изолированно, они говорят с врачом «на другом языке» и редко сами обращаются за помощью.
- Специалисты, в особенности те, что только начинают работать в этой сфере, могут растеряться из-за обилия информации и противоречивых публикаций. Чтобы свести это к минимуму, нужно *четко себе представлять цели* процесса оценки. Искусство ежедневной практики состоит в том, чтобы находить баланс между стандартизацией и индивидуализацией при использовании разных методов достижения этих целей.

Отличительные аспекты психиатрического обследования у детей и подростков:

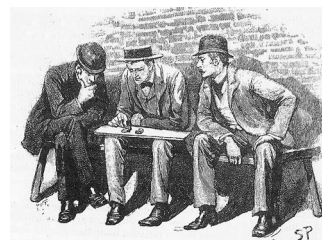
- Дети редко бывают инициаторами психиатрического осмотра и обычно *направляются по требованию кого-то другого* (например, родителей, учителей, педиатров или по решению суда). Это может иметь первостепенное значение в интерпретации случая. Возможно, ожидания родителей в отношении ребенка превосходят его способности, либо стиль воспитания может приводить к неудовлетворительным взаимоотношениям между родителями и этим ребенком, а родители пытаются изменить его поведение с тем, чтобы исправить эту нарушенную связь. В других случаях, у родителей или учителей могут быть свои собственные психиатрические проблемы, которые могут отрицательно влиять на восприятие ими ребенка. Таким образом:
  - необходимо принимать во внимание, как вклад ребенка, так и взрослых в проблемное поведение, по поводу которого было инициировано обследование
  - мы должны уделять определенное внимание тому, как ребенок воспринимает свои проблемы, и что ему хотелось бы изменить.
- Детей необходимо *оценивать в контексте* семьи, школы, общины и культуры, что означает, что ни один ребенок не должен оцениваться изолированно. Более того, большинство детей функционируют по разному и в разных условиях, и полезно было бы знать, какие факторы окружающей среды способствуют усилению, а какие смягчению проблемного поведения, а также идентифицировать сильные стороны ребенка. Таким образом, ключевое значение имеет одновременное исследование функционирования родителей и семьи в целом,

Ясно представляйте себе цели и проявляйте гибкость в выборе метода

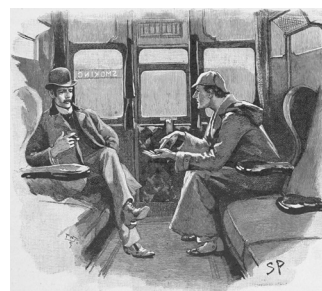
равно как и получение сведений от разных информантов. Также не менее важно установление доверительных взаимоотношений со всеми сторонами, имеющими отношение к случаю, которые будут предоставлять информацию или могут играть вспомогательную роль в содействии прогрессу ребенка. Это могут быть, например:

- Родители, проживающие отдельно от ребенка (часто полезно более интенсивно и как можно раньше привлекать обоих родителей).
  - Учителя (по телефону или с помощью электронной почты, изучение школьных записей и получение оценочных шкал от учителей). Учителя, в отличие от родителей, которые имеют дело только с одним ребенком, наблюдают сотни детей одного и того же возраста или года обучения, что может служить хорошей основой для сравнения.
  - Врачи общей практики и педиатры.
  - Другие лица, оказывающие психиатрические услуги, или оказывавшие их в прошлом.
  - Там где это уместно: сибсы, дедушки и бабушки, опекуны, приемные родители.
  - Для детей, наблюдаемых амбулаторно: средний медицинский персонал, социальные работники, учителя, физио- и эрготерапевты.
- Проявляющиеся на момент осмотра проблемы должны рассматриваться *в контексте развития*. Факторы развития часто влияют на проявление психиатрических симптомов (например, депрессия в разные возрастные периоды проявляет себя по-разному). В то время как одни расстройства выглядят вполне одинаково у детей и взрослых (например, обсессивно-компульсивное расстройство), другие заметно отличаются у детей младшего возраста по сравнению с подростками и взрослыми (например, СДВГ). Поведенческие проблемы у детей могут быть связаны с задержкой формирования навыков (например, энурез или ночное недержание мочи), потерей прежде имевшихся навыков (например, вследствие серьезного заболевания, потери или травмы), или неспособностью выбрать соответствующие навыки из имеющегося арсенала (например, расстройство поведения). Таким образом, необходимо знать характерные признаки нормального и нарушенного развития ребенка, включая варианты поведения, которые можно наблюдать в разные возрастные периоды в разном контексте, а также всевозможные формы нарушений на каждой стадии развития (Глава А.2).

Ни один ребенок не может быть оценен изолированно



«Не существует комбинации событий, для которой человеческий разум не смог бы найти объяснения». (Шерлок Холмс, «Долина ужаса»)



«Ошибочна теория, которая не опирается на факты. Незаметно человек начинает искажать факты, чтобы подогнать их под теорию, вместо того, чтобы отыскивать им теоретическое объяснение». (Шерлок Холмс, «Скандал в Богемии»)

- Способности детей отражать и обсуждать их чувства или опыт находятся под влиянием факторов созревания. Это означает, что *ребенок и врач находятся на разных уровнях развития* и разговаривают на «разных языках». Более того, специфические для каждой стадии, развития особенности, могут препятствовать общению. Например, дети более раннего возраста могут не доверять незнакомым взрослым, а подростки часто воспринимают врачей просто как еще одних взрослых, выдвигающих им требования или осуждающих их. Таким образом, получение информации от детей потребует владения методами коммуникации, отличающимися от простых вопросов и ответов или вербального дискурса. Дети разного возраста нуждаются в разных методах сбора данных или опроса (например, наблюдения за младенцем, игры с ребенком дошкольного возраста, прямого разговора с четкими формулировками о симптомах с детьми старшего возраста или подростками, рисования с тревожными или неразговорчивыми детьми).
- Клиническая оценка детей обычно требует больше времени, чем в случае взрослых (примерно от 2 до 5 часов), поэтому важно использовать это время с максимальной эффективностью. Одним из способов повышения эффективности является применение оценочных шкал и вопросников (см. ниже), но ничто не может заменить всесторонней непосредственной оценки.

## ЦЕЛИ ОБСЛЕДОВАНИЯ

До того, как начать обследование очень важно четко представить себе его цели. Несмотря на то, что методы решения этой задачи могут отличаться у отдельных пациентов и в их семьях, цели достаточно схожи. Главным образом они касаются:

- Формирования *хороших терапевтических взаимоотношений*. Необходимо создать хороший альянс между разными сторонами, особенно между врачом и ребенком, врачом и родителями, а также другими, возможно полезными, членами семьи, равно как и с другими учреждениями. Разрыв таких взаимоотношений может свести на нет терапевтические усилия.
- Понимания истинной *причины направления* («Чья это проблема»? , «Почему сейчас?»).
  - Установления скрытых и явных *ожиданий и опасений* относительно обследования у ребенка и его родителей.
  - Выявления *главной жалобы* ребенка и семьи.
  - *Оценки ребенка в контексте* его или ее текущего функционирования в семье, школе, в группе сверстников, восприимчивости к влиянию культуры и общины, и степени до которой это функционирование нарушено текущей проблемой (проблемами).
  - Получения точной картины, как *развивалось функционирование ребенка от момента рождения* и до настоящего вре-

Вкратце, цели оценки заключаются в интеграции сложной (и иногда непоставимой) информации, собранной в процессе обследования, помещению ее в определенный контекст, для того, чтобы понять поведение ребенка и выяснить, на что нужно нацелить лечение и подобрать соответствующее вмешательство для этого отдельного случая.

мени, а также картины функционирования родителей и семьи, и семейного анамнеза относительно соматических и психиатрических заболеваний.

- Выявления индивидуальных, семейных и внешних факторов, которые могли быть причиной настоящих проблем, ускорять их развитие или способствовать им.
- Объединения всей полученной информации в *клиническую формулировку*. То есть, осуществление врачом логически обоснованного отбора собранных вместе данных для того, чтобы понять, какие факторы из множества способствовали появлению проблемы. Результатами такого осмысления будут – диагноз, прогноз и лечебные рекомендации.
- *Сообщения* понятным и конструктивным способом этой *клинической формулировки* и рекомендаций родителям и ребенку.
- Установления приоритетов симптомов-мишеней и *выяснения на чем сосредоточить лечение*.
- Обсуждения с пациентом и его семьей *относительной выгоды и рисков предложенного лечения*, а также установления и обсуждения всех значимых факторов окружающей среды, которые могут влиять на следование лечению.
- Выполнения всего этого с наиболее *эффективным использованием времени*.

Первые диагностические шаги – наблюдение и сбор данных. Ошибкой будет принимать поспешные решения, полагаясь на единичные симптомы.

## СКЛАДЫВАНИЕ СТРОИТЕЛЬНЫХ БЛОКОВ

Не существует специфических биологических или радиологических маркеров для диагностики психических расстройств (пока). При их отсутствии золотым стандартом психиатрического обследования является мультимодальный диагностический процесс. Это означает, что при постановке обоснованного диагноза мы не можем доверять какому-либо одному специфическому методу (например, устанавливать семье окончательный диагноз после одного интервью или после заполнения нескольких вопросников). Наоборот, необходимо собрать разные диагностические строительные блоки (например, отдельно – интервью для детей и взрослых, оценочные шкалы от учителей, психометрическая оценка). Если блоки подходят друг к другу (т.е. указывают одно и то же направление), мы можем построить из них диагностическую стену (т.е. диагноз). Стоя на этой более или менее устойчивой стене мы можем увидеть общую картину проблемы. Только тогда врачи имеют возможность давать соответствующие рекомендации. Окончательный диагноз, лечебные рекомендации и прогноз возможны только в свете всех этих обстоятельств.

До того, как вы начнете сооружать диагностическую стену (см. ниже «Подготовка почвы»), мы советуем вам собрать, как минимум, четыре строительных блока:

- Интервью родителей и ребенка.
- Исследование психического статуса.
- Анамнез и соматический осмотр.
- Оценочные шкалы и психометрическая оценка.



Сочетание этих блоков обычно помогает определить подходящий диагноз в соответствии с одной из двух больших классификационных систем: Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000)) и Международной классификации болезней (International Classification of Diseases (ICD-10); World Health Organization, 1996)).



«Мы балансируем между возможностями и выбираем наиболее вероятные. Это и есть научное использование воображения». (Шерлок Холмс, «Собака Баскервилей»)

Будьте, насколько это возможно, искренними с пациентами и их семьей, особенно в начале обследования.

### Проблемы коморбидности

Родители и учителя обычно описывают наиболее заметные симптомы у их детей, или те из них, которые вызывают наибольшее беспокойство, что в результате может привести к тому, что некоторые проблемы останутся незамеченными. Интернализирующие симптомы, такие как тревога или депрессия, детям может быть сложно описывать, и эти симптомы могут создавать меньше проблем и быть не такими очевидными, как симптомы недисциплинированности или экстернализирующие симптомы (например, те, которые наблюдаются при СДВГ или расстройствах поведения). Коморбидность (наличие более чем одного сопутствующего расстройства) очень частое явление в детской психиатрии. Присутствие нескольких расстройств существенно влияет на лечение и прогноз.

### Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика – это метод, используемый для систематического определения наличия расстройства при возможности нескольких альтернатив. Психологические симптомы в диагностическом отношении часто допускают двоякое толкование, так как могут наблюдаться при разных расстройствах (например, раздражительность может обнаруживаться при депрессии, биполярном расстройстве, СДВГ, тревоге и т.д.), таким образом, необходимо рассмотреть расстройства со сходной симптоматикой, а затем исключить некоторые из них.

### Подготовка почвы

Цель этой части обследования – построить хорошие терапевтические взаимоотношения с ребенком, а также с его родителями (буквально с самого начала) и прояснить все значимые аспекты его поведения, причину направления и ожидания всех заинтересованных сторон.

#### ПРИМЕР, КАК НУЖНО РАССКАЗЫВАТЬ О СВОЕЙ ПРОФЕССИИ

«Я детский и подростковый психиатр – врач, специализирующийся в понимании и лечении эмоциональных и поведенческих проблем у детей и подростков. Моя главная задача – понять ваши проблемы...»

### Правильное место

Чтобы ослабить возможные страхи у пациентов, лучше всего проводить осмотр в комнате, в которой достаточно места, приятный свет, на стенах красочные картинки и иметь под рукой игрушки, карандаши и бумагу.

### ***Хорошие терапевтические взаимоотношения с самого начала***

Построение хорошего терапевтического альянса является ключевой задачей с первых моментов осмотра. Многих детей и их семьи пугает перспектива встречи с врачом в условиях психиатрического учреждения. Повышение уровня открытости и искренности обычно помогает уменьшить эту проблему. Часто достаточно эффективным бывает дополнительное разъяснение каждого шага в процессе обследования, особенно в начале – расскажите, что вы собираетесь сделать, почему и как долго это продлится.

Детям младшего возраста, возможно, необходимо будет объяснить, куда их ведут, и с каким доктором они там встретятся (например, «доктор, который занимается чувствами», «беседующий доктор», «больница для эмоциональных проблем»), и что там не будет болезненных процедур с использованием игл. Дети обычно не представляют или плохо себе представляют, что происходит во время психиатрического обследования и могут бояться, что их госпитализируют, заберут от семьи или каким-то образом накажут, особенно если их проблемы были источником взаимных обвинений в семье. Родители и другие члены семьи также могут быть недостаточно информированными и придерживаться подобного мнения; в таких случаях полезно объяснить им, каким специалистом вы являетесь.

### ***Аспекты проведения осмотра***

Проясните, что потребует психиатрическое обследование, как долго оно продлится, и что семья может ожидать по его окончанию (например, вербальные рекомендации, письменное заключение). Стоимость (если подразумевается оплата) необходимо также уточнить в начале. Важно также выяснить существуют ли какие-либо финансовые или связанные со страховкой ограничения, которые могут повлиять на диагностический процесс и возможности лечения. С самого начала необходимо также обсудить график посещений, вопросы конфиденциальности, разрешение на контакты с другими людьми с целью получения дополнительной информации. Родителей нужно попросить принести копии как можно большего количества школьных отчетов.

### ***Выяснение причины направления***

До того как начнете, подумайте о цели осмотра, с тем чтобы структурировать обследование таким образом, чтобы оно совпадало с причиной направления. Например, оценка будет отличаться, если ее цель состоит в том, чтобы подготовить заключение для суда, для принятия решения об ограничении свободы, или если инициаторами осмотра будут социальные службы, или в случае, если на консультации настаивают родители, обеспокоенные тем, что у ребенка могут быть суицидальные тенденции. Такой подход минимизирует шансы разочаровать или расстроить ваших пациентов, их семьи или других людей.

#### **Школьные отчеты необходимо проверить в плановом порядке на предмет:**

- Неожиданного или постепенного снижения успеваемости
- Большой разницы оценок по разным школьным предметам
- Сообщений о социальных и поведенческих проблемах.

«Чья это была идея, что ваш ребенок нуждается в таком осмотре?»

#### **Наиболее важные вопросы, требующие выяснения в начале обследования:**

- Чья это проблема?
- Почему сейчас?

Дети часто могут не понимать, почему их должен осмотреть психиатр, поскольку не чувствуют себя больными, они могут прийти на прием, потому что им обещали мороженое или другие развлечения после посещения врача. Школьные учителя могут считать, что ребенок должен проявлять больше самоконтроля и подталкивать родителей к тому, чтобы они по-другому его воспитывали или направили на лечение. Мать пожелает обследовать ребенка, чтобы обосновать свои воспитательные усилия, отец может потребовать установить ребенку диагноз, чтобы получить доступ к дополнительным школьным ресурсам и повысить его успеваемость, тогда как бабушка может настаивать на совершенно противоположных («старых») методах воспитания.

В этой части обследования важно получить ответы на следующие вопросы:

- Кто является инициатором направления, и почему? (Например, родители, педиатр, школа, суд, сам пациент, отделение неотложной помощи)
- Кто еще беспокоится по поводу ребенка и по какой причине?
- Почему сейчас?
- Какие проблемы или вопросы, на которые люди хотят получить ответ, являются ключевыми?

Если вам пришлось столкнуться с противоречивыми причинами направления, и вы запутались, если возникнут сомнения, напомните себе о том, что вы детский врач. Постарайтесь сфокусировать свое обследование на том, что, по вашему мнению, в конечном счете, приведет к наилучшему результату для ребенка.

### Работа с ожиданиями

Часто источником разочарований становятся неправильные или завышенные ожидания. Полезно в начале опроса выяснить ожидания семьи. Это помогает наладить хорошие взаимоотношения и добиться взаимопонимания. Подготовка семьи и ребенка

«Что вы надеетесь получить в результате этого обследования?»

к тому, чего можно ожидать, снижает у них уровень тревоги. Работа с ожиданиями может потребовать объяснения, что может и что не может осуществить процесс обследования.

## ОПРОС РОДИТЕЛЕЙ И ДЕТЕЙ

### С кем я должен поговорить, и в какой очередности?

Разумным будет, если в начале диагностического процесса рядом с ребенком будут присутствовать родители, кроме этого, это даст возможность получить дополнительную информацию. Позже лучше интервьюировать пациента и родителей отдельно. Несмотря на то, что не существует жестких правил относительно того, как это делать, на некоторых стадиях предпочтительней опрашивать пациентов самостоятельно, особенно при выяснении вопросов, отвечать на которые им неудобно в присутствии родителей (например, суицидальные мысли, жесткое обращение или сексуальные проблемы).

В большинстве случаев родителям мало что известно о внутренних чувствах их детей, опыте пребывания вне дома или об успеваемости в школе. Очень ча-



сто встречаются разногласия между детьми, родителями и учителями. Исследования показали, что степень согласия между родителями и детьми может колебаться от низкой, до средней (например, Achenbach и др., 1987; Salbach-Andrae и др., 2009). Дети школьного возраста и подростки сами по себе лучше всего сообщают о депрессивных или тревожных переживаниях, суицидальных мыслях и проблемах, о которых родители могут не знать, таких, как сексуальная активность, сексуальная идентичность, сексуальное насилие, навязчивые мысли и галлюцинации. С другой стороны, родители являются хорошим источником информации по таким вариантам поведения, как: обманчивость, повышенная активность, невнимательность, импульсивность, неподчинение правилам и агрессия.

Обычно дети являются лучшими источниками информации по интернализирующим симптомам, тогда как родители могут предоставить достоверную информацию об экстернализирующих.

### Как я должен формулировать свои вопросы?

Практически во всех случаях будет вполне уместным начать с 1-3 *открытых вопросов*. Это помогает установить раппорт и избежать преждевременного сужения фокуса обследования. Кроме того, это позволяет родителям в течение нескольких минут сообщить свою версию проблемы. Это помогает выяснить, что на самом деле их беспокоит, дает им возможность почувствовать себя услышанными и понятыми врачом. Полезно, и это способствует улучшению коммуникации, если позже, при формулировании вопросов, использовать слова самих родителей (например, «Вы рассказали что *в определенное время* по вечерам ваш *мальчик* ведет себя по-другому. Когда это случилось впервые?»).

По мере проведения опроса вы можете все больше и больше использовать *последующие вопросы* для уточнения деталей и *скринирующие вопросы* для того, чтобы исследовать не упомянутые ранние сферы. Если таким путем не обнаружена значимая информация, переходите к следующей теме.

Использование при проведении опроса слов, которые используют сами родители, может помочь им почувствовать себя услышанными

### На чьей стороне правда?

Как уже отмечалось ранее, разногласия в описаниях поведения ребенка явление частое и имеет свои потенциальные источники:

- Разногласия на самом деле отражают неодинаковое поведение ребенка в разных условиях и с разными наблюдателями
- Разные стандарты при рассмотрении поведения ребенка
- Отсутствие сведений о том, как ведут себя другие дети того же возраста
- Предвзятость наблюдателей.

Чтобы справиться с противоречивыми сообщениями, полезно заполучить информацию от как можно большего количества источников, придавая вес тем из них, которые выглядят более надежными с точки зрения врача. В большинстве случаев разногласия возникают из-за того, что на поведение ребенка смотрят с разных позиций или в разном контексте, а не руководствуясь принципом правдивости. Чем больше будет точек зрения у людей, от которых вы получаете информацию, тем более полным будет ваше понимание проблемы и более точной оценка.

### Важные моменты, о которых нужно спросить

Существует пять ключевых зон интереса при обследовании детей. Для того, чтобы лучше их запомнить, вы можете воспользоваться аббревиатурой **SIRSE**:

Многие родители огорчаются, когда описывают ухудшение состояния своего ребенка. В этой ситуации может помочь предоставление родителям возможности рассказать эту историю своими собственными словами, даже если поначалу она может быть запутанной.

- **Symptoms** (симптомы)
- **Impact** (влияние, воздействие)
- **Risk factors** (факторы риска)
- **Strengths** (сильные стороны)
- **Explanations.** (объяснения)

#### **Симптомы**

Первоначально внимание должно быть сфокусировано на симптомах, которые послужили причиной направления и тех, которые вызывают наибольшее беспокойство у пациента и его семьи (главная жалоба). К важным характеристикам проблемного поведения, которые необходимо выяснить, относятся:

- Частота (как менялась с течением времени?)
  - Интенсивность (как менялась с течением времени?)
  - Длительность
  - Контекст, в котором проявилось поведение
  - Нарастание проблемы.

#### **ФАКТОР РИСКА**

Фактор риска – то, что повышает шансы возникновения расстройства. Это может быть следствием того, что человек делает (например, употребление каннабиса повышает риск возникновения психотических симптомов). В других случаях с риском ничего нельзя поделать. Он просто существует. Например, подростки девочки значительно чаще страдают депрессией, чем мальчики. Таким образом, пол является фактором риска для депрессии.

Следующий шаг – это получение подробной истории проблемы (проблем). Для постановки правильного диагноза необходимо понимание ее эволюции. Чтобы этого добиться, очень важно выяснить:

Присутствует ли проблема с раннего детства (например, симптомы аутизма)

Является ли она перемежающейся или рецидивирующей (например, депрессивные или маниакальные симптомы, тики), или

Представляет собой снижение прежде высокого уровня функционирования (например, шизофрения).

На этом этапе обследования собирается также информация о предыдущем лечении, в том числе медикаментозном, консультировании, госпитализациях, а также использовании традиционной, дополнительной или альтернативной медицины (Глава J.2).

#### **Влияние**

Далее необходимо выяснить, как эти симптомы влияли на повседневную жизнь ребенка и других членов семьи: влияние на качество жизни пациента, sibсов, взаимоотношения между родителями, близких родственников, школьный класс, академическую успеваемость, контакты со сверстниками и развитие. Сюда также от-

Проверьте влияние симптомов на пациента, семью, школу и сверстников

носится выяснение, в каком контексте (контекстах) проблемы проявляют себя, а в каком отсутствуют или менее выражены (как пример – явные симптомы при отсутствии ухудшения

часто наблюдаются при специфических фобиях). Не забывайте, что проблемное поведение может отражать:

- Основное расстройство у ребенка
- Несоответствие между ребенком и окружением
- Проблему в окружении ребенка
- Обычно, сочетание всего перечисленного выше

### **Факторы риска**

Следующий шаг влечет за собой выявление факторов риска – присутствующих в настоящее время, имевших место в прошлом, и у близких родных (семейный анамнез). Важное значение имеют генетические, связанные с развитием, семейные и социальные факторы. Большинство из предполагаемых *причин* психических расстройств детского возраста более понятны, если представлять их, как *факторы риска*. Существуют три разных типа факторов риска и удобно обозначать их как «три Р»:

- **Predisposing** – предрасполагающие факторы, которые способствуют уязвимости ребенка к тому или другому расстройству (например, генетические, вес при рождении, пол)
- **Precipitating** – ускоряющие факторы, связанные с возникновением или ухудшением симптомов (например, начало полового созревания при нервной анорексии)
- **Perpetuating** – сохраняющие факторы, которые удерживают симптомы (например, неадекватный стиль воспитания, отсутствие профессиональной помощи и доступа к медицинскому обслуживанию).

Можно провести аналогию с ветром, который дует через дыру в окне. До того, как дыра появилась, стекло в одном месте было уязвимым (предрасположение). Затем в стекло попал камень и разбил его (ускорение), и не было мастера, который заделал бы образовавшееся отверстие (сохранение). Таким образом, ветер продолжает дуть (симптомы расстройства) (Goodman и Scott, 2005).

До того, как начать задавать вопросы об анамнезе развития, важно объяснить родителям, зачем это нужно. В противном случае они могут запутаться в этом вопросе.

*Анамнез развития.* Это детальное описание развития ребенка – от начала беременности до рождения и раннего развития. Полезно и эффективно в плане затрат времени использовать структурированный подход со скрининговыми вопросами о важных этапах развития (Таблица А.5.3), и, если возникнет необходимость, дополнительными вопросами. Родители часто по-разному вспоминают и соотносят по времени этапы развития. Выявите наличие проблем, связанных с:

- Основными функциями (сон, питание, обучение навыкам пользования туалетом)
- Своевременным прохождением этапов психомоторного развития: когда ребенок начал сидеть, ходить, как формировались тонкие и грубые моторные навыки, умение писать
- Когнитивным развитием и функционированием в школе: анамнез развития речи, чтения, письма и математических навыков. Успехи в школе требуют наличия некоторых врожденных когнитивных способностей, но

Возможный скрининговый вопрос о травмах, задаваемый родителям: «Был ли ваш ребенок когда-либо свидетелем чего-нибудь действительно плохого или пугающего?»

Возможный вопрос о травмах ребенку: «Кто-нибудь пытался обидеть тебя?»

Особое внимание необходимо уделить изменениям или прекращению прогресса в развитии.

Это должно быть общепринятой практикой – спрашивать о нейропсихиатрических расстройствах в семьях родителей с обеих сторон.

Во время интервью врач должен быть внимательным в отношении психопатологии родителей (например, испытывающая депрессию мать будет чаще, чем здоровая, описывать в негативном свете поведение своего ребенка).

психоактивными веществами, суициды, необычное или странное поведение у родственников). Осведомленность о психических расстройствах в семье может помочь в установлении правильного диагноза (например, если мать страдает алкогольной зависимостью, то это может навести на мысль об алкогольном синдроме плода).

Необходимо также оценить возможный генетический вклад родителей в наблюдаемое у ребенка расстройство (например, наличие у отца биполярного расстройства прольет совершенно другой свет на депрессивные симптомы у его сына).

Очень немногие психические заболевания передаются прямо по наследству, тем не менее, повышение уязвимости ко многим расстройствам вполне вероятно (Luthar и Prince, 2008). Несмотря на то, что родители могут не сказать об этом при психиатрическом осмотре, многие из них боятся, что другим их детям суждено попасть под влияние, если у одного из sibсов обнаружено психическое расстройство. Таким образом, разъяснение, как генетические факторы влияют на развитие расстройства, может помочь уменьшить страх, чувство вины и беспокойства у родителей и sibсов.

### **Сильные стороны**

Будет грубой ошибкой сосредоточение внимания на недостатках пациента и его семьи и игнорирование почти всегда присутствующих сильных сторон, которые могут служить важным подспорьем в лечении. Обращение к сильным сторонам поддерживает самооценку, как ребенка, так и его

«Очень важно, чтобы содержание диагностического расспроса выражало признание того, что ребенок не только лишь пациент или носитель симптомов» (King, 1997)

могут не сказать об этом при психиатрическом осмотре, многие из них боятся, что другим их детям суждено попасть под влияние, если у одного из sibсов обнаружено психическое расстройство. Таким образом, разъяснение, как генетические факторы

Когда я встречаюсь с родителями ребенка, страдающего психическим расстройством, первое, о чем я их спрашиваю – что в ребенке особенного, какие они замечают у него способности, возможности, чувства и таланты».

Giovanni Bollea,  
детский психиатр из Италии

родителей, и позволяет получить информацию о факторах, которые могут способствовать улучшению или компенсации зон уязвимости.

### Объяснения

Очень полезно спросить родителей о том, какие, с их точки зрения, причины или какова природа поведения их ребенка. Это позволяет определить, какие психообразовательные меры могут понадобиться. Представление о том, как родители и ребенок понимают эволюцию их симптомов, дает возможность обратиться к культурной почве этой конкретной семьи (Sholevar, 2007).

Родители иногда боятся, что они единственные, кто имеет проблемы со своим ребенком. Для них может стать облегчением – услышать от врача, что такая проблема встречается не редко, и что он наблюдал ранее и помог многим семьям с проблемой такого типа.

### Завершение интервью

Завершение интервью в стиле сотрудничества повышает вероятность, что ребенок и семья отнесутся к нему и ко всем последующим клиническим встречам положительно. На этом этапе уместно будет задать следующие вопросы:

- «О чем еще важном я не спросил?»
- «Я задал вам много вопросов. Может быть, вы хотите спросить о чем-то меня?»

## ИНТЕРВЬЮ С РОДИТЕЛЯМИ

### Цели интервью с родителями

Во время интервью с родителями мы пытаемся выяснить:

- Какой аспект поведения ребенка вызывает у них наибольшее беспокойство.
- Что они пытались предпринять для решения проблемы.
- Влияние нарушений ребенка на остальных членов семьи.
- Является ли проблема ситуационно специфической или всеобъемлющей (например, неугомонность и невнимательность в школе и больше нигде может вызвать сомнения относительно предполагаемого диагноза СДВГ).
- Имеются ли в семье нейропсихиатрические расстройства.

### Стандартизированные интервью

Стандартизированные интервью (диагностические инструменты со специфическими вопросами, задаваемыми в определенной последовательности) часто используются в научных исследованиях, но могут эффективно помогать и в ежедневной практике. С другой стороны, в особенности малоопытным



В искусстве расследования чрезвычайно важно уметь во множестве фактов второстепенные отделить от существенных. В противном случае ваше внимание и энергия, вместо того, чтобы концентрироваться, рассеиваются». (Шерлок Холмс, «Рейгетские сквайры»)



«Врач должен осознавать, какое влияние на процесс интервью оказывают воспринимаемые различия и сходства между ним и ребенком (или родителями) в плане пола, возраста, этнической и социальной принадлежности». (King, 1997)

Маловероятно, что без доверия и обратной связи удастся получить достоверную информацию.

Описание ребенком своих чувств, настроения, уровней дистресса, и значимых событий способствует лучшему пониманию затруднительного положения, в котором он находится.

Предпочтение необходимо отдавать оригинальным универсальным игрушкам, так как они с большей вероятностью способны побуждать ребенка к выражению специфических проблем, чем штампованные подделки, которые копируют героев телевизионных шоу или фильмов. (Bostic & King, 2007)

Такие вопросы как цель обследования, конфиденциальность, роль врача необходимо обсудить в начале интервью, используя при этом формулировки, соответствующие этапу развития. Примеры вопросов:

- «Что тебе говорили родители по поводу твоего прихода сюда?»
- «Как ты себя здесь чувствуешь?»

Несмотря на широко распространенное мнение, вопросы о суициде не провоцируют и не побуждают к нему. Лечащим врачом может быть только взрослый, способный обсуждать с подростком такие мысли.

специалистам стандартизированные интервью могут помочь охватить ключевые области психопатологии. Они гарантируют, что врач систематически исследует широкий диапазон симптомов, особенно те из них, которые могут иметь важное клиническое значение, но не звучат в жалобах. Применение этих инструментов снижает вероятность того, что будут упущены сопутствующие расстройства. Однако эти инструменты никогда не смогут заменить индивидуального психиатрического интервью; они не могут служить единственным основанием для постановки диагноза и планирования лечения. Более того, многие из них оценивают только симптомы и не позволяют собрать информацию, имеющую к ним отношение, такую, как ситуационный контекст, чувства, способы решения проблем и т.д. (Le Couteur и Gardner, 2008).

## ИНТЕРВЬЮ С ДЕТЬМИ

К целям интервью с детьми относятся:

- Заслужить доверие у ребенка. В целом, чем меньше возраст, тем больше на это потребуется времени
- Получить представление о том, как ребенок воспринимает проблему
- Понять на какой стадии развития находится сейчас ребенок
- Получить информацию об эмоциональных симптомах, травматических событиях, делинквентных поступках, употреблении наркотиков, сексуальных проблемах
- Собрать данные для исследования психического статуса (смотри ниже)

Во время интервью по поведению детей можно определить, когда наступает наиболее подходящий момент для того, чтобы родители покинули помещение, обычно он длится несколько минут. Помочь в этом процессе могут переходные предметы (одеяло, плюшевый мишка), хотя такое может быть невозможно в случае тревоги сепарационной. Чем старше ребенок, тем раньше вы должны быть готовы завершить совместную сессию. Дети часто стесняются, когда их проблемы обсуждаются в присутствии родителей.

### С чего начать?

Как только родители покинут помещение, разумным будет начать интервью с нейтральных тем, которые могут быть интересны ребенку, таких, как например, обсуждение их лю-

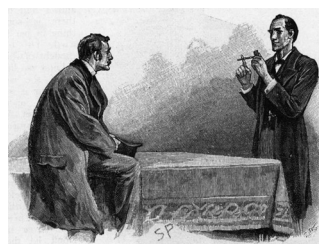
бимых занятий, животных, планов на каникулы, подарков на Рождество и день рождения. Следующий шаг – выясните, что говорили ребенку, или как он понимает цели интервью; в этот момент часто можно получить информацию о взаимоотношениях и открытости в общении между ребенком и родителями, равно как и о когнитивном развитии ребенка. Некоторые дети нуждаются в поощрении при выражении их *собственных* проблем, что может не понадобиться, когда они говорят о том, что беспокоит родителей или учителей. Внимательно следите за тем, как вы формулируете свои вопросы – дети младшего возраста легко поддаются влиянию и внушению.

### Соответствующие развитию техники интервью

Не следует ожидать, что дети дошкольного возраста будут спокойно сидеть во время интервью, поэтому интервьюеру необходимо решить какие в его распоряжении будут игрушки. К соответствующим возрасту техникам относятся рисование, игры и прямые вопросы. Какой метод подходит лучше всего, зависит от возраста ребенка (в большей степени возрастное развитие, а не хронологический возраст) и проблемы (например, селективный мутизм). Хорошим началом всегда будет приглашение ребенка что-либо нарисовать. Прямые вопросы должны быть краткими, с использованием простых и точных выражений, и одновременно касаться только одной конкретной проблемы (Jones, 2003). Например, не «У тебя появились проблемы в школе, ты стал меньше общаться с другими учениками и любишь спорт?», а «У тебя появились проблемы в школе?»

Использование игры с детьми может помочь:

- Добиться эмпатии
- Оценить их эмоциональное состояние
- Оценить координацию движений и моторные навыки
- Определить уровень развития речи и языка
- Протестировать объем внимания
- Определить их способности к сложному мышлению
- Оценить их способность участвовать в интерактивных и имитационных играх (особенно важно, если подозревается первазивное расстройство развития)
- Собрать информацию для исследования психического статуса (см. ниже).
- К вопросам, которые помогают исследовать внутренние чувства ребенка, относятся:
  - «Каким бы животным ты больше всего/меньше всего хотел бы быть?»
  - «Кого ты хотел бы взять с собой на необитаемый остров?»
  - «О чем бы ты попросил, если бы мог загадать три волшебных желания?».



«Никогда не доверяйте общему впечатлению, мой мальчик, а концентрируйте свое внимание на деталях» (Шерлок Холмс, «Установление личности»)

«Возможно, настанет день, когда каждому диагнозу будет соответствовать специальное лекарство, но пока нам еще очень далеко до этого момента. Как психологическое, так и медикаментозное лечение должно сосредоточиться скорее на определенных моделях симптоматологии, а не на диагнозе как таковом». (Bostic & King, 2007)

### Опрос пациентов подросткового возраста

Общая очередность такая же, как и при интервью с другими детьми. Однако с подростком необходимо больше времени провести наедине. Важно избежать у него ощущения, что родители и врач настроены против. Лучше всего начать интервью с подростком, узнав то, что он думает по поводу интервью, и что ему об этом говорили. Подростки очень чувствительны к убеждениям, что их могут воспринимать как слабых, странных или непохожих на других, ограниченных или имеющих отклонения, а также к таким понятиям как равноправие и справедливость. В этой связи им лучше всего задать следующие вопросы:

- «Как ты думаешь, что в твоей жизни справедливо и что несправедливо?»
- «Что бы ты больше всего хотел бы изменить в твоей школе/семье/ во всем мире?»
- «Какие у тебя планы на ближайшие 10 лет?»

### Конфиденциальность: «вы расскажете моим родителям?»

Одной из ключевых проблем с подростками касаясь обращения за медицинской помощью является конфиденциальность. Подростков всегда с самого начала необходимо проинформировать о конфиденциальной природе взаимоотношений врач-пациент и об их ограничениях; объяснить, что конфиденциальность будет нарушена без согласия пациента только в том случае, если будет подвергаться риску безопасность самого пациента или других людей. Во многих странах в соответствии с установленными законом обязательствами сотрудники психиатрической службы обязаны сообщать о случаях насилия. В этом отношении законы отличаются, и врач должен соответствовать местным требованиям. Лучше всего вопросы конфиденциальности обсудить в начале интервью, когда на нем кроме подростка присутствуют его родители, что позволяет объяснить им, что полученная от ребенка информация, сохраняется в тайне.

### Специальные области, на которые необходимо обратить внимание при интервью у пациентов подросткового возраста

- Антисоциальное и делинквентное поведение (например, «Приходилось ли тебе совершать поступки, которые, если сейчас оглянуться назад, ты считаешь опасными?»)
- Сексуальная идентификация и активность (например, «Испытывал ли ты когда-либо к кому-то романтические чувства?»). Пытайтесь избегать задавать подросткам любого пола вопросы типа «У тебя есть мальчик/девочка, который/ая тебе нравится?», они могут подумать, что вы подразумеваете гомосексуальность, тогда как подростки могут бороться с гомосексуальными чувствами.
- Злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами (начните с предварительного разговора, обсудите употребление в ближайшем окружении – родители, друзья; спросите, как на них действуют эти вещества, считают ли они, что эти средства смягчают их симптомы, например, используют их для самолечения).

- Суицидальные мысли и действия, включая и не суицидальные самоповреждения (например, «*Бывает ли у тебя иногда желание или потребность что-то с собой сделать?*», «*У тебя когда-нибудь были мысли о том, что не стоит жить?*»).

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА

Цель исследования психического статуса (ИПС) – объективно описать, не интерпретируя, внешний вид ребенка, симптомы, поведение и функционирование, проявившиеся в процессе проведения обследования. Хорошо написанное ИПС позволяет другому или тому же врачу спустя несколько недель, месяцев и лет увидеть ясную картину психического состояния пациента на момент обследования. ИПС является неотъемлемой частью любого психиатрического освидетельствования (см. Таблицу А.5.1). Собственно говоря, ИПС имеет описательный характер, не содержит никаких суждений относительно того, является ли поведение нормальным или отклоняющимся от нормы, клинически значимым или несущественным.

Поведенческие и эмоциональные отклонения от нормы, наблюдающиеся при многих расстройствах, могут отмечаться у нормальных детей при определенных обстоятельствах. Клиническая значимость определяется их тяжестью (количеством), распространенностью и природой (качеством).

Таблица А.5.1  
Исследование психического статуса

Компонент ИПС	На что нужно обратить внимание	Пример
Физические свойства	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возраст (актуальный и видимый)</li> <li>• Соответствие одежды возрасту</li> <li>• Ухоженность и опрятность</li> <li>• Диспропорции, кровоподтеки и рубцы</li> </ul>	« <i>Стефани приятной внешности, ухожена и одета соответственно возрасту, 9-летняя девочка, выглядит старше своего возраста (как 12-летняя)</i> »
Особенности взаимоотношений с исследователем и родителями, в том числе и легкость отделения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зрительный контакт</li> <li>• Способность сотрудничать и включаться в обследование</li> <li>• Поведение по отношению к родителям и сибсам</li> </ul>	« <i>Избегает зрительного контакта, но содействует осмотру</i> »
Настроение и аффект	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тип, диапазон и адекватность аффекта (например, депрессивный, приподнятое настроение, раздражительный)</li> </ul>	« <i>Стефани выглядит депрессивной (часто плачет, не радуется никаким занятиям и играм, чувствует безысходность) диапазон аффекта ограничен. Свое настроение она описывает как подавленное</i> »

Тревога	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Страхи</li> <li>• Фобии</li> <li>• Навязчивости</li> <li>• Компulsive действия и ритуалы</li> <li>• Проблемы с отделением</li> </ul>	«Не демонстрирует никаких необоснованных страхов или симптомов тревоги»
Психомоторные функции (в том числе уровень активности и необычные двигательные паттерны)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тики, вычурные движения</li> <li>• Уровень активности</li> <li>• Координация</li> </ul>	«Уровень активности снижен»
Форма и содержание мышления	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Галлюцинации</li> <li>• Бредовые идеи</li> <li>• Расстройства мышления</li> </ul>	«Мышление замедленное, но последовательное. Никаких признаков галлюцинаций или бредовых идей»
Язык и речь	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плавность</li> <li>• Громкость</li> <li>• Темп</li> <li>• Языковые навыки</li> </ul>	«Ее речь соответствует возрасту, без нарушений»
Общее когнитивное функционирование	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соответствие словарного запаса возрасту</li> <li>• Запас знаний</li> <li>• Умение рисовать</li> </ul>	«Ее когнитивные способности выглядят ослабленными, словарный запас ниже возрастной нормы»
Внимание и концентрация	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внимание</li> <li>• Концентрация</li> </ul>	«Легко утомляется и, похоже, ей тяжело длительное время поддерживать разговор»
Память	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кратковременная</li> <li>• Долговременная</li> </ul>	«Не испытывает проблем при воспроизведении событий»
Ориентация	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ориентация во времени, месте и собственной личности</li> </ul>	«Ориентируется во времени и месте»
Суждения и понимание	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Признание проблем</li> <li>• Способность оценивать гипотетические ситуации</li> <li>• Отношение к получению помощи</li> <li>• Согласие на лечение</li> </ul>	«Пациентка осознает факт, что имеет проблемы, хочет, чтобы ей помогли, и сотрудничает в лечении»



Оценка риска	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суицидальные мысли и поступки</li> <li>• Причинение себе вреда</li> <li>• Мысли или планы причинить вред другим</li> <li>• Рискованное поведение</li> </ul>	«Нет доказательств наличия суицидальных тенденций или угрозы для других людей»
Источник: King (2007) с изменениями.		

Несмотря на то, что ИПС представлено как отдельный компонент, отличающийся от сбора анамнеза, в действительности оно происходит уже с того момента, когда врач начинает взаимодействовать с ребенком и наблюдать за ним в процессе индивидуального и семейного интервью. В то время как некоторые компоненты исследования могут требовать специфического изучения или оценки (например, ориентация, память, специфические симптомы, такие как галлюцинации или навязчивости) большинство из них можно регистрировать в процессе интервью.

Врач должен использовать любую возможность для наблюдения за пациентом и его взаимодействием с другими людьми, особенно с членами семьи. Например, наблюдая за поведением:

- В приёмной (например, как они выбирают место? Разговаривают ли они между собой? Спорят?).
- В момент первоначального представления и приветствия.
- В кабинете.
- После сепарации (например, когда родители выходят из комнаты).
- Во время психологического тестирования.
- При объективном обследовании.

## АНАМНЕЗ И ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Цель анамнеза и физикального обследования – выявление медицинских проблем, вызывающих болезнь, связанных с нею или способствующих ее обострению. Всегда существует вероятность обнаружения поддающихся лечению соматических состояний. Соматические расстройства могут:

- Повышать у ребенка риск возникновения психопатологии
- Иметь значение при выборе лечения
- Объяснять текущую психопатологию

Несмотря на то, что такие явления как имитация соматическими заболеваниями психических расстройств относительно редкое явление в ежедневной практике, важно знать об этих возможных «диагностических ловушках» (Таблица A.5.2.). Если данные анамнеза наводят на мысль, что в возникновении проблем у пациента могли сыграть роль соматические расстройства или принимаемое ранее лечение, необходимо провести дополнительное обследование.

Таблица А.5.2. Психиатрические симптомы и примеры соответствующих соматических дифференциальных диагнозов

Симптом	Дифференциальный диагноз
Депрессия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неврологические расстройства (напр., опухоль, травма, атрофия мозга)</li> <li>• Эндокринные расстройства (напр., гипо-/гипертиреоз, б-знь Аддисона, б-знь Кушинга)</li> <li>• Заболевания почек (напр., хронический нефрит)</li> <li>• Метаболические расстройства (напр., гипогликемия)</li> <li>• Инфекционные заболевания (напр., ВИЧ, боррелиоз Лайма)</li> <li>• Интоксикация (напр., алкоголизм)</li> <li>• Злокачественные заболевания (напр., хроническая лейкемия)</li> <li>• Побочные действия лекарственных препаратов: гипотензивных (напр., бета-блокаторы), противосудорожных, психотропных (напр., нейролептики, барбитураты), стероидов (напр., глюкокортикоиды), анагетиков</li> <li>• Других лекарственных средств: противотуберкулезные, антибиотики, цитостатики, противогрибковые.</li> </ul>
Психоз	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неврологические расстройства (напр., опухоль мозга, эпилепсия, энцефалит, нейроинфекции, рассеянный склероз)</li> <li>• Незаконные психоактивные вещества (напр., марихуана, кокаин, ЛСД)</li> <li>• Интоксикация (напр., алкогольная)</li> <li>• Фармакологические средства: психотропные препараты, антиконвульсанты, противоаллергические, стероиды, антибиотики</li> </ul>
Тревога	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расстройства, вызванные злоупотреблением психоактивными веществами: амфетамины, кокаин, галлюциногены, алкоголь, никотин, кофеин, экстази, опиаты</li> <li>• Неврологические расстройства: эпилептические припадки, мигрень, рассеянный склероз, повышенное внутричерепное давление, нарушения мозгового кровотока</li> <li>• Другие соматические расстройства: гипогликемия, гипоксия, гипертиреозидизм, карциноид, аритмия, феохромоцитом</li> </ul>
Нервная анорексия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рак</li> <li>• Эндокринные расстройства (напр., гипертиреозидизм, сахарный диабет)</li> <li>• Гастроэнтерологические расстройства (напр., болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, гастрит, язва желудка)</li> <li>• Нарушение всасывания (напр., целиакия)</li> </ul>
Энурез	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Урологические и генитальные аномалии (напр., уретрального клапана, лабиальное сращение)</li> <li>• Инфекция мочевых путей</li> <li>• Неврологические расстройства (напр., миеломенингоцеле, спина бифида, синдром «натянутого» спинного мозга)</li> <li>• Другие соматические расстройства (напр., сахарный диабет)</li> </ul>
Источник: Herpertz-Dahlmann & Bachmann (2007), с изменениями	

В этой части обследования мы рекомендуем использовать пошаговый подход (эффективный по затратам времени и средств):

- 1-й шаг: краткий анамнез
- 2-й шаг: базовое физикальное обследование

Если шаги 1 и 2 не выявляют ничего особенного, вполне разумно прекратить дальнейшую оценку и исследование. Если же необходима дальнейшая оценка:

- 3-й шаг (если на это указывают шаги 1-й и 2-й): исследования и направление к соответствующему специалисту.

### **Анамнез**

При вероятности, что соматические проблемы могут иметь отношение к наблюдаемым симптомам, необходимо использовать систематический подход в сборе анамнестических сведений. Сюда относится также клинический анамнез соматических заболеваний как у пациента, так у других членов семьи. Данные научных исследований показывают, что сбор данных анамнеза значительно чаще влияет на результаты лечения, чем простое физикальное обследование (Dooley et al, 2003).

Сигналами опасности, свидетельствующими о необходимости более детального физикального обследования, могут быть:

- Нетипичное проявление симптомов или несвойственный возраст начала (например, галлюцинации у 7-летней девочки).
- Судорожные припадки в анамнезе.
- Данные о перенесенной в прошлом травме головы или инфекции центральной нервной системы.
- Возвращение на более раннюю стадию развития.
- Более 97 или менее 3 перцентилей по любой из шкал развития.
- Намеки на жестокое обращение с детьми или имитацию болезни (например, синдром Мюнхгаузена).
- Внезапное возникновение нового и странного поведения (например, стереотипное заламывание рук при синдроме Ретта).
- Измененный уровень сознания, выраженная утомляемость, когнитивные изменения и соматические симптомы, такие как: боли в горле, повышенная температура, головные боли, головокружения и изменения веса.
- Острое начало навязчивостей и компульсивного поведения, а также двигательных и вокальных тиков, особенно после фарингитов (PANDAS, Главы F.4 и H.5).

Не забывайте о соматической части вашего диагностического процесса, но врачам психиатрам также необходимо знать, когда можно признать, что ребенок в полной мере осмотрен и обследован.

Родители могут случайно сообщить, что ребенок потерял приобретенные ранее навыки; к этому всегда необходимо относиться серьезно, нужно заподозрить нейродегенеративное расстройство и направить к специалисту.



«Крайне важны именно мелочи». (Шерлок Холмс «Установление личности»)

Ниже приведен перечень частей анамнеза, имеющих большое значение в детской психиатрии:

#### *Пре- и перинатальное развитие*

- Кровное родство родителей.
- Использование вспомогательных репродуктивных технологий.
- Беременность (весь диапазон тератогенов: алкоголь, табак, запрещенные вещества, медикаменты; данные о сыпи и лихорадке в период беременности – могут указывать на подверженность воздействию врожденной вирусной инфекции).
- Предыдущие смерти новорожденных у сибсов – острые эпизоды состояний с угрозой для жизни (могут быть индикаторами наследственных нарушений метаболизма).
- Предыдущие самопроизвольные аборты (два или более) – один из 20 таких родителей будет носителем хромосомной транслокации или инверсии (Gardner & Sutherland 1996).
- Рождение и неонатальный анамнез: гестационный возраст при рождении; вес; показатели шкалы Апгар, если доступно (осложненные роды – фактор риска проблем с развитием).

Травмы или заболевания с потенциальным риском для центральной нервной системы требуют специфического обследования:

- Воздействие свинца
- Судорожные припадки
- Травмы головы
- Потери сознания.

Если у вас возникают предположения о наличии редкого обменного или генетического заболевания и у вас нет возможности направить ребенка к специалисту, зайдите на сайт «[orpha.net](http://orpha.net)» и выберите функцию “search by signs”. Информация на этом портале (посвященном редким заболеваниям и используемым в их лечении лекарственными препаратами) доступна на английском, испанском, немецком, французском и португальском языках).

#### *Постнатальное развитие*

Анамнез раннего развития (до 5 лет). Поощряйте родителей к тому, чтобы они на первое обследование приносили хранящиеся у них записи о прививках и т.д.. Общий обзор этапов развития представлен в Таблице А.5.3.

#### *Анамнез перенесенных заболеваний*

Если есть указания на перенесенные в детском возрасте заболевания (напр., астма) необходимо уточнить, какие ребенок принимал медикаменты, как выписанные врачом, так и безрецептурные. Нужно собрать сведения о: всех продолжительных госпитализациях после рождения, хирургических процедурах, вакцинациях, состояниях потери сознания и судорожных припадках, проблемах со слухом или зрением, аллергических реакциях (особенно на медикаменты), а также побочных реакциях на принимаемые ранее лекарственные препараты.

Врач должен быть особенно насторожен в отношении заболеваний, которые могут влиять на центральную нервную систему, включая: ВИЧ/СПИД, туберкулез, красную волчанку, эпилепсию, мигрень, черепно-мозговые травмы, заболевания щитовидной железы, диабет.

Таблица А.5.3 Обзор этапов развития

Возраст	Двигательные навыки	Речь
3 месяца	Держит прямо голову	Имитирует звуки
6 месяцев	Может переворачиваться	
9 месяцев	Сидит без поддержки	Объединяет звуки в подобие слов
12 месяцев	Самостоятельно стоит	
15 месяцев	Самостоятельно ходит, играет с мячом	Пользуется двадцатью простыми словами
18 месяцев	Передвигаясь, носит предметы	Может составлять предложения из двух слов
2 года	Может бегать, ударять ногой по мячу	Пользуется своим именем Спрашивает «Почему?» Может назвать как минимум шесть частей тела
3 года	Прыгает, балансирует на одной ноге	Пользуется четырьмя, пятью словами в предложении Использует множественное и единственное число
4 года	Способен прыгать в длину	Использует прошлое время, рассказывает о впечатлениях, переживаниях
5 лет		
6 лет	Бегает и прыгает в разных направлениях	Завершается развитие речи

### Базовое соматическое обследование

#### *Кто должен проводить соматический осмотр?*

Такой осмотр должны осуществлять врачи, которые сохранили навыки его проведения (над которыми они обычно усердно трудятся в медицинской школе). Такой осмотр может предоставить им дополнительные возможности для того, чтобы лучше понять состояние ребенка (особенно если его проблемы связаны с соматическими заболеваниями) и его психический статус. Психологам и другим специалистам в области психического здоровья, не имеющим медицинского



образования, целесообразно выяснить проводился ли в недалеком прошлом соматический осмотр ребенка или направить его к врачу общей практики (лучше всего к педиатру).

Необходимо провести оценку нейрофизиологического развития, при этом не обязательно раздевать ребенка полностью.

Следует оценить следующие параметры:

- Рост и вес (сравнительные таблицы).

Таблица А.5.4 Осмотр кожных покровов в детской психиатрии

Дерматологические симптомы	Возможные варианты:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Следы от инъекций, абсцессы или гиперпигментация на коже рук</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кровоподтеки, гематомы разной давности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Невыполнение обязанностей в отношении ребенка</li> <li>• Физическое насилие</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Следы не-суицидальных самоповреждений (напр., рубцы, шрамы)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пограничное расстройство личности<sup>1</sup></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Café-au-lait” – пятна цвета кофе с молоком у ребенка старше одного года, размером &gt; 1,5 см</li> <li>• Веснушчатые пятна в подмышечных областях у детей старше 3-х лет</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нейрофиброматоз 1 типа<sup>2</sup> (редко)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пятна депигментации неправильной формы</li> <li>• Аденома сальных желез</li> <li>• Околоногтевые фибромы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Туберозный склероз<sup>3,4</sup> (редко)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пламенеющий невус (винное пятно) обычно в тригеминальной области</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром Стерджа-Вебера<sup>2</sup> (редко)</li> </ul>
<p><sup>1</sup> Наиболее распространенная локализация не-суицидальных самоповреждений – внутренняя поверхность левого предплечья.</p> <p><sup>2</sup> Нейрофиброматоз 1 типа, туберозный склероз и синдром Стерджа-Вебера – это нейрокожные заболевания (факоматозы). Эти заболевания поражают центральную нервную систему, кожу и глаза. Все эти ткани имеют общее эктодермальное происхождение.</p> <p><sup>3</sup> установлено, что 0,4% – 3% детей с аутизмом страдают также туберозным склерозом (Smalley et al, 1991).</p> <p><sup>4</sup> Наилучший диагностический тест – МРТ головного мозга.</p>	

- Окружность головы (сравнительные таблицы; наиболее распространенная причина большой и маленькой головы – наследственность, поэтому до того, как интерпретировать данные необходимо вычислить среднее значение окружности головы родителей).
- Артериальное давление (используйте манжету, соответствующую возрасту ребенка – напр., такую, которая покрывает три четверти расстояния от локтя до плеча; сравните с возрастной нормой).

Используйте любую доступную вам возможность увидеть детей с редкими заболеваниями. Осведомленность о том, какие существуют фенотипы, является предварительным условием их распознавания. Phenomizer – это сайт, содержащий полезную информацию, предоставляющую врачам возможность ввести имеющиеся у пациента клинические признаки и получить вероятный дифференциальный диагноз.

Должны быть выполнены следующие процедуры:

- Проверка состояния кожи (см. Таблицу А.5.4).
- Базовая оценка неврологического статуса:
  - Поза и походка
  - Тесты на функцию мозжечка (напр., исключение дисдиадохокнеза)
  - Тонус, сила, рефлексы
  - Патологические движения (фасцикуляции, тики, миоклонии, дистония, атетоз, гемибаллизм, тремор).

Из всех аспектов неврологического осмотра, наиболее ценный – наблюдение за походкой ребенка. Нормальная походка зависит от интактных и тонко сбалансированных моторной, сенсорной и координационной систем. У ребенка с нормальной походкой маловероятно тяжелое неврологическое нарушение (Wolf и др., 2008).

### Исследования, тесты и направление к специалисту

Диапазон доступных методов исследования, тестов и специалистов существенно отличается от страны к стране. То, что описано здесь – это оптимальная ситуация, но многие из этих исследований в большинстве случаев не дают положительных результатов:

- Анализы крови.
- Анализы мочи (токсикологический скрининг, тест на беременность).
- Томография мозга (метод первого выбора -МРТ, второго -КТ).
- Генетическое исследование (ключевые моменты в физическом обследовании: заметная дисплазия лица, рук и ног; больше 97 и меньше 3 процентов по любой из кривых развития).
- Исследование метаболизма (ключевые моменты в анамнезе: кровное родство, задержка роста, эпизодические декомпенсации, часто при малозначительных заболеваниях, гепатоспленомегалия, гаргоилизм). Скрининг общего метаболизма более полезен, чем генетическое исследование, ЭЭГ или томография мозга, и таким образом может быть более информативным.
- Электроэнцефалография (ЭЭГ)
- Электрокардиография (ЭКГ)
- Исследование слуха
- Исследование зрения

Оценочные шкалы – это инструменты, которые дополняют обследование, а не заменяют его.

## ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Цель этого раздела – предоставить краткий обзор инструментов, которые могут помочь в установлении правильного диагноза и подборе индивидуального лечения.

### Оценочные шкалы

Оценочные шкалы (с использованием бумаги и карандаша, или компьютерной программы) используются для сбора данных о наличии (качественное измерение) и тяжести (качественное) симптомов. Оценочные шкалы могут служить источником дополнительной диагностической информации, а также использоваться для мони-

торинга и оценки эффективности лечения (результат), а также исследовательских инструментов. Они также могут применяться для скрининга, позволяющего определить необходимо ли ребенка обследовать более тщательно на предмет наличия у него психического расстройства (Verhulst и Van der Ende, 2008).



«Нет ничего более обманчивого, чем очевидный факт». (Шерлок Холмс, «Тайна Боскомской долины»)

### За и против оценочных шкал

#### За:

- Помогают выявить проблемы, имеющие клиническое значение, но не являющиеся частью присутствующей проблемы.
- Помогают провести более тщательное обследование.
- Некоторые родители и подростки могут письменно раскрыть проблемы, которые не в состоянии вербализовать.
- Оценочные шкалы могут заполняться родителями, учителями, и пациентами вне интервью и таким образом значи-

тельно повышать его эффективность и результативность.

- Шкалы, оценивающие тяжесть, могут служить основой для дальнейшей количественной оценки реакции на лечение (напр., вопросник по симптомам СДВГ до и после лечения метилфенидатом).

#### Против:

- Требуют наличия времени и грамотности.
- Могут не нравиться родителям и пациентам.
- Требуют времени для обработки и анализа.
- Врачи могут чрезмерно полагаться на них.

Существуют оценочные шкалы для заполнения пациентами, врачами, родителями, учителями и другими информантами (например, молодежными работниками). Комбинации этих инструментов применяются в ежедневной практике. Примером оценочной шкалы, используемой во всем мире, и свободно доступной для некоммерческого использования на многих языках, может быть опросник «Сильные стороны и трудности ребенка» Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), представленный в Таблице А.5.6. Заполняемые родителями, учителями, ребенком или всеми вместе 25 вопросов были разработаны так, чтобы оценить сильные

стороны и трудности. SDQ представляет собой стандартную шкалу для оценки широкого диапазона проблем. Тем не менее, во многих случаях, особенно когда предполагается какое-то определенное расстройство (например, депрессия или СДВГ) полезным будет дополнительно использовать более подробную, целевую шкалу (смотри диагностическую секцию в соответствующей главе этой книги).

**Таблица А.5.6 Опросник «Сильные стороны и трудности ребенка»  
(The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ))**

Цель	Языки	Комментарии
Скрининг на наличие психических расстройств у детей и подростков (Goodman и др. 2000)	Доступен на 73 языках	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бесплатно для некоммерческого использования</li> <li>• Высокие показатели SDQ (более 10% в общинной выборке) связаны с повышенным психиатрическим риском</li> <li>• Использовался во всем мире</li> <li>• Очень короткий: 25 вопросов, все на одной странице</li> <li>• Высокая специфичность, но низкая чувствительность (используется только как скрининговый инструмент)</li> <li>• Может заполняться пациентом on-line с быстрым получением обратной связи.</li> </ul>

Источник: Sarandang и Martin (2009).

### Психометрическое обследование

Искусство эффективного психометрического обследования заключается в точном использовании и правильной интерпретации психометрических тестов. Результаты этих тестов могут помочь врачу:

- Установить диагноз или выявить коморбидность.
- Определить индивидуальный профиль слабых и сильных когнитивных сторон.
- Спланировать лечение (например, уровень коммуникации в будущей психотерапии).

Существует огромное количество психологических тестов для детей и подростков, и выбор зависит от индивидуальных особенностей пациента, предполагаемого диагноза и уровня знаний и опыта тестирующего. Оценка когнитивного функционирования пациента очень часто оказывается полезной в диагностике и планировании лечения (см. Главы С.1 и С.3).

### **Интеллект: «сумма всех высших психических процессов»**

Среди экспертов нет единого мнения, чем именно является интеллект, однако, имеются убедительные эмпирические доказательства, что с помощью тестов

### ТЕСТИРОВАНИЕ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ: ТЕСТ САЛЛИ И ЭНН

Тест Салли и Энн – это психологический тест с использованием кукол, применяемый при оценке развития для измерения социально-когнитивной способности присваивать другим ложные убеждения (т.е. модели психического состояния человека, более подробно см. Главу С.2). Врач использует две куклы: Салли и Энн. У Салли корзинка, у Энн коробка. Врач демонстрирует простой сюжет, в ходе которого Салли кладет шарик в корзинку и покидает сцену. Пока Салли отсутствует и не может видеть, что происходит, Энн перекладывает шарик из корзинки в свою коробку. Затем Салли возвращается и ребенка просят сказать, где, как он считает, Салли будет искать свой шарик. Можно утверждать, что ребенок «прошел» тест, если он понимает, что вероятнее всего Салли сначала заглянет в свою корзинку, до того как поймет, что шарика там нет. Дети до четырех лет, а также дети с выраженным аутизмом (более старшего возраста) ответят «в коробке Энн», по-видимому, не понимая, что Салли не знает, что ее шарик перепрятали.

на интеллект можно измерить параметры, имеющие большое значение для развития когнитивных способностей и адаптивного поведения (Charman и др., 2008). *Коэффициент интеллекта (intelligence quotient (IQ))* демонстрирует стабильность от средней до высокой в течение длительного времени, и значимо коррелирует с достижениями в реальной жизни, такими как академическая успеваемость, род занятий и уровень доходов.

Подходящие IQ-тесты содержат хорошо стандартизированные распределенные по возрасту нормы (см. Главу С.1). Имеет значение, *когда* тест был нормирован, поскольку с течением времени в некоторых странах произошло умеренное повышение показателей, что может быть связано с улучшением питания и повышением уровня образования. Средний показатель в стандартизированных тестах уровня интеллекта составляет 100 баллов со стандартным отклонением 15. Таким образом, стандартные показатели используются для определения средних, ниже средних и высоких способностей, в зависимости от того, в пределах каких стандартных отклонений вверх или вниз от среднего значения в общей популяции находятся достижения детей. Показатель IQ ниже 70 баллов – достоверный показатель отклонений в интеллектуальном развитии (см. Главу С.1).

Важной частью обследования является наблюдение за ребенком в ситуации теста. Необходимо описать и использовать при последующей интерпретации следующие характеристики:

- Степень сотрудничества с врачом, проводящим обследование.
- Уровень активности и концентрации.
- Социальные и коммуникационные навыки.
- Специфические проблемные зоны.

На результат могут влиять:

- Проблемы с речью.
- Проблемы с координацией движений.
- Медикаменты.
- Текущая психопатология (например, депрессия).
- Проблемы со зрением и слухом.

Если обнаружены большие расхождения между результатами тестов и достижениями детей по описаниям родителей и учителей, а также по результатам клинического наблюдения, то всегда необходимо провести дальнейшее обследование.

## СООБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И РЕКОМЕНДАЦИЙ

Цель этой последней, но важной части процесса обследования – обобщение результатов в клинических формулировках, клинических диагнозах и сообщении их всем заинтересованным сторонам. Для этого может потребоваться одна или больше дополнительных сессий, на которых будут обсуждены варианты и приняты решения относительно рекомендаций по лечению.

В большинстве случаев полезно посвятить какое-то время обработке всей собранной информации, оценочных шкал и рассмотрению дифференциальных диагнозов и рекомендаций. Полученная родителями информация о проблемах их ребенка (и семьи) может вызывать у них беспокойство. Таким образом, нужно проявить максимум чувствительности. Очень часто приходится иметь дело с такими эмоциями, как: досада, печаль или горе, отрицание и др., особенно если диагноз разрушает ожидания относительно будущего ребенка.

Вам необходимо понимать, что лишь небольшая часть из сообщенной вами информации будет воспринята, особенно если сессия эмоционально насыщена. Поэтому в некоторых случаях вы можете представить родителям отчет или сжатое письменное заключение. Если это реально осуществимо и уместно, предложите дополнительные сессии для того, чтобы обсудить проблемы, как только у семьи появится возможность проработать информацию.

Особый акцент на *сильных сторонах и способностях* ребенка и семьи облегчает процесс обратной связи и формирует более реалистичное представление о пациенте, как о личности, а не усредненном, ориентированном на болезнь, диагнозе. Избегайте технических терминов и психиатрического жаргона (вместо: «У вашей дочери не полностью сформирована модель психического состояния человека», лучше сказать: «Салли не совсем понимает, что у других людей могут быть убеждения, желания и намерения, отличающиеся от ее собственных»). Просто назвать диагноз – всегда будет недостаточно. Объясните, на каких логических доводах основан диагноз, какие факторы повлияли. Чтобы добиться лучшего понимания со стороны ребенка и его семьи и чтобы эффективно помочь им, правильнее будет использовать формулировки, а не простой клинический диагноз. Объясните, если какие-то сферы остаются неопределенными, например, может ли со временем измениться диагноз, или каким может быть наиболее вероятный результат без лечения, или с лечением. Если диагноз предварительный, разъясните, что вы не полностью уверены.

### С ребенком или без?

- Уместно ли будет присутствие ребенка, зависит от природы проблемы и стадии его развития. Если да, то посвятите несколько минут тому, чтобы непосредственно объяснить ребенку полученные вами результаты.

Обследование нельзя считать завершенным до тех пор, пока его результаты не сообщили родителям, ребенку и направившему учреждению.

### Руководящие принципы обратной связи:

- Простой без специальных терминов язык
- Отсутствие морального осуждения
- Ориентировка на сильные стороны
- Чувствительность

Никогда не оставляйте родителей только с диагностической информацией. Всегда сообщайте им о возможных вариантах лечения и надежде на улучшение.



Хорошей стратегией будет начать с описания сильных сторон пациента, затем поговорить о трудностях и способах их преодоления, и в конце снова обсудить сильные стороны и вселить надежду на то, что текущая ситуация улучшится.

- Ясно объясните, на чем будет сфокусировано терапевтическое вмешательство.

Врачи должны убедиться в том, что результаты обследования и рекомендации:

- услышаны
- поняты
- восприняты как полезные.

Чтобы повысить степень следования предстоящему лечению, врач должен стать партнером пациента и его семьи в процессе принятия решения. В большинстве случаев

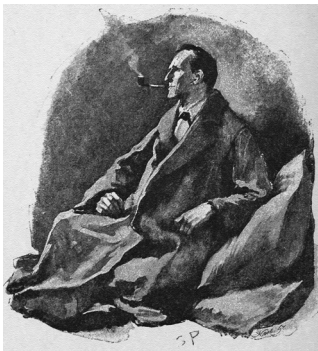
*«Иногда излечивать, часто облегчать страдания и всегда утешать».*  
(Edward Livingston Trudeau, 1848-1915)

есть возможность обрисовать несколько вариантов лечения, с их рисками и побочными эффектами, и помочь пациенту решить какой из них выбрать. Если родители настаивают на том, что предложенное лечение с их точки зрения нездоровое, недоказанное и опасное, врач должен объяснить, чем опасно такое решение.

При обсуждении прогноза, необходимо сочетать вселение надежды с реалистичным взглядом на перспективу исхода расстройства. Во многих случаях долгосрочной терапевтической целью будет не полное излечение, а нахождение способа жить с болезнью (включая риск рецидивов).

## РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ

Ниже приведены рекомендации на тот случай, если вы почувствуете себя потерявшимся в процессе обследования и не имеете ни малейшего представления о правильном диагнозе у конкретного ребенка. Не обязательно строго придерживаться последовательности:



«Ничто так не проясняет дело, как изложение его другому человеку». (Шерлок Холмс «Серебряное пламя»)

- На время отойдите от концепций DSM и ICD и вернитесь к описаниям проблем. Просто постарайтесь, насколько сможете, описать, что у этого пациента необычного. После этого снова подумайте, какой диагноз (диагнозы) соответствуют этой модели симптомов.
- Обсудите этот случай с коллегами, особенно, с опытными.
- Если возможно, сделайте видеозапись осмотра (с разрешения пациента и родителей), покажите ее коллегам и попросите их высказать свое мнение.
- Может быть с ребенком все в порядке. Не послужило ли причиной представления ребенка, как нуждающегося в помощи, то, что кто-то из членов семьи страдает психическим заболеванием?

- Часто одной встречи мало для того, чтобы завершить весь диагностический процесс.
- Если вы увязли в дифференциальной диагностике, помните, что распространенные расстройства встречаются часто, а редкие – редко.
- Симптомы могут выглядеть нетипичными в случае множественной коморбидности (например, депрессия у ребенка с аутизмом).
- Если у вас есть первоначальный диагноз, но вы все еще сомневаетесь, просмотрите раздел, посвященный дифференциальной диагностике в соответствующей главе в этом, либо другом качественном учебнике (см. ссылки).
- Не игнорируйте возможный соматический диагноз, побочное действие медикаментов или влияние наркотиков.
- Подумайте о возможности искусственных или индуцированных расстройств (например, мать, страдающая шизофренией, заставляет ребенка поверить, что за ними обоими следят секретные службы).
- Всегда будут случаи, когда симптомы не соответствуют специфическим диагнозам, потому что классификационные системы не совершенны и вероятно никогда не будут таковыми. Как отметил в заглавии публикации, посвященной дифференциальной диагностики Leo Kanner, один из пионеров детской психиатрии: «Дети не читали этих книг» (Kanner, 1969).
- Будут случаи, когда невозможно подобрать соответствующий диагноз, потому что заболевание еще не описано или, что более вероятно, потому что у пациента нет психиатрического или соматического заболевания, у него жизненные проблемы, и ему больше нужен совет, а не комплексная терапия.

Между ясными диагностическими описаниями в учебниках и встречающейся на практике клинической реальностью связь далеко не совершенна. Врач должен всегда быть насторожен в отношении необычных паттернов, которые не соответствуют существующим диагностическим правилам.

(Rutter и Taylor, 2008).

«Если вы слышите за спиной топот копыт, то это не значит, что вы сейчас увидите зебру».

(Theodore E Woodward MD)