

ОППОЗИЦИОННО-ВЫЗЫВАЮЩЕЕ РАССТРОЙСТВО

Katie Quy,
Argyris Stringaris

Расстройства, проявляющиеся в детском и подростковом возрасте дезорганизованным поведением, встречаются достаточно часто и связаны с серьезными нарушениями функционирования как самих пациентов, так и их семей, а также с выраженной в разной степени недостаточной психологической адаптацией на более поздних стадиях развития (Ford et al, 2003; Burke et al, 2005; Copeland et al, 2009; Kim-Cohen et al, 2003; Costello et al, 2003). Проблемы, связанные с нарушением социального поведения, связаны также с повышенными социальными затратами: установлено, что к 28 годам средства, потраченные на лиц, у которых в детстве отмечалось антисоциальное поведение, в 10 раз выше, чем в общей популяции (Scott et al, 2001a).

В двух основных системах классификации – Диагностическом и статистическом руководстве по психическим болезням 4-й редакции (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th Edition (DSM-IV; APA, 1994, 2000)) и Международной классификации болезней 10-го пересмотра (International Classification of Diseases, 10 th Revision (ICD-10; WHO, 1993)) оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) определяется как постоянный паттерн вызывающего, непокорного и антагонистического поведения, по отношению к взрослым. Отличительной особенностью этого расстройства является отсутствие более серьезных актов агрессивного или антисоциального поведения, связанного с расстройством.

ДИАГНОЗ

В соответствии с критериями DSM-IV необходимо, чтобы четыре или больше симптомов присутствовали, по меньшей мере, на протяжении шести месяцев. Симптомы должны превышать уровень поведения, характерного для детей того же самого возраста или стадии развития, и вызывать «значительные» нарушения. При диагностике ОВР должно быть исключено расстройство поведения. К ключевым признакам ОВР, включенным в МКБ-10, относятся: постоянный паттерн провокационного, враждебного и непослушного поведения, характеризующегося низким порогом фрустрационной толерантности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ОВР – относительно частое расстройство детского возраста, при этом его распространенность оценивается в пределах от 2 до 10% (Maughan et al, 2004; Costello et al, 2003). Показатели распространенности, тем не менее, могут варьировать в зависимости от таких факторов, как: кто является

источником информации (например, родители или сам ребенок), тип отчета (например, текущий или ретроспективный) и были ли включены в исследование дети, отвечающие критериям диагностики расстройства поведения. ОВР значительно чаще встречается среди мальчиков, чем среди девочек. Симптомы относительно стабильны в возрасте от пяти до десяти лет, однако в дальнейшем имеют тенденцию к ослаблению. ОВР значительно реже диагностируется у детей старшего возраста, частично во избежание оценочных разногласий между подростками и их родителями. В Таблице D.2.1 суммированы показатели распространенности, полученные в целом ряде больших исследований.

СИМПТОМЫ ОВР, В СООТВЕТСТВИИ С DSM-IV

- Часто злится и возмущается
- Часто спорит с взрослыми
- Часто обижается или легко раздражается
- Часто выходит из себя
- Часто преднамеренно обижает или раздражает других
- Часто обвиняет других за свои ошибки или плохое поведение
- Часто активно не повинуеться или отказывается исполнять просьбы взрослых или соблюдать правила
- Часто бывает злобным и мстительным

Межкультуральные отличия распространенности

Данные Всемирной организации здравоохранения и Всемирных исследований психического здоровья показывают, что оценки распространенности ОВР широко варьируют в разных странах. Например, данные крупномасштабного международного исследования, опубликованные Kessler et al (2007) продемонстрировали явные колебания распространенности в течение жизни расстройств контроля над побуждениями (включая интермиттирующее эксплозивное расстройство, оппозиционно-вызывающее расстройство, расстройство поведения и синдром дефицита внимания и гиперактивности).

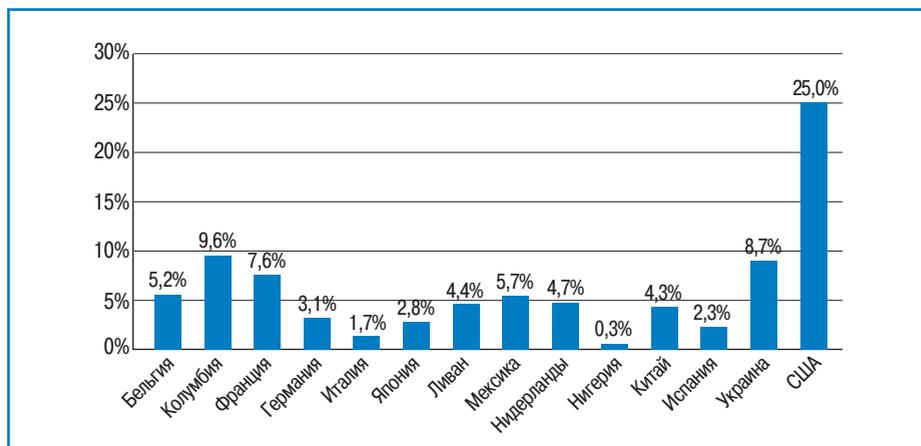
Таблица D.2.1 Показатели распространенности ОВР

	Диапазон возраста	Мальчики (%)	Девочки (%)
Британское исследование психического здоровья детей и подростков (British Child and Adolescent Mental Health Survey (Meltzer et al, 2000; Ford et al, 2003))	5-10 лет	4,8	2,1
	11-15 лет	2,8	1,3
Исследование в местности Грейт-Смоки-Маунтинс (The Great Smoky Mountains Study (Costello et al, 2003))	9-16 лет	3,1	2,1
Исследование детей в г. Берген (The Bergen Child Study (Munkvold et al, 2009))	7-9 лет	2,0	0,9

Взаимосвязь между ОВР и расстройством поведения

Вопрос о том, насколько ОВР и расстройство поведения можно считать отдельными нозологическими единицами или одним расстройством, является предметом дискуссии. Это нашло свое отражение в существующих системах классификации: в DSM-IV диагноз расстройства поведения может включать все признаки ОВР, и это расстройство рассматривается как предшественник расстройства поведения. В МКБ-10 ОВР считается более мягкой формой расстройства поведения, таким образом, оба расстройства рассматриваются как уникальные категории, как собственно и в некоторых эмпирических исследованиях (Kim-Cohen et al, 2003). Однако, не смотря на то что, как оказалось, между ОВР и расстройством поведения отмечается высокий уровень коморбидности, у большинства детей с ОВР не развивается расстройство поведения (Rowe et al, 2002), кроме того, эти два расстройства отличаются целым рядом других коррелят (Dick et al, 2005; Nock et al, 2007).

Рисунок D.2.1 Распространенность в течение жизни расстройств контроля над побуждениями

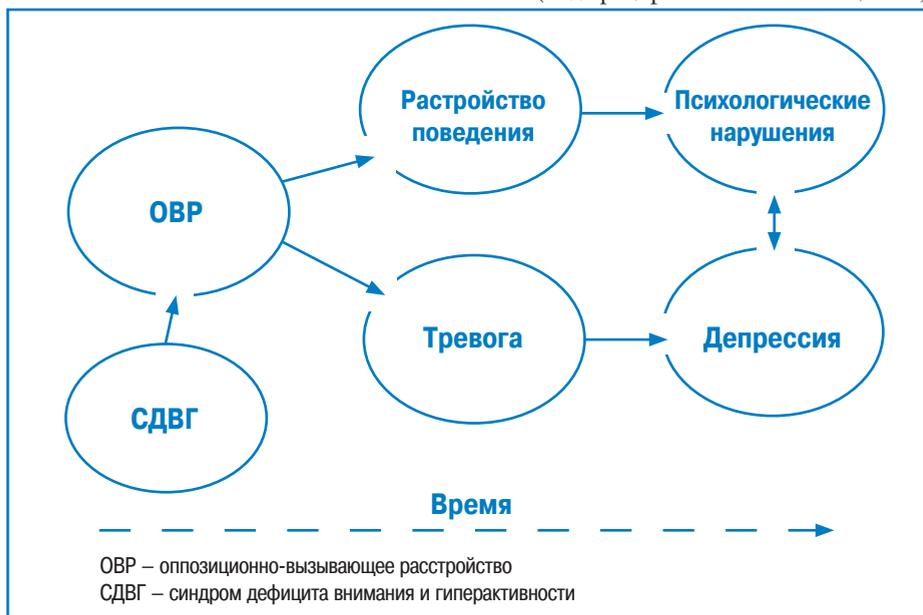


Взаимоотношения между ОВР и другими расстройствами (коморбидность и гетеротипическая непрерывность)

Для ОВР характерна коморбидность, поскольку оно либо встречается в сочетании с целым рядом других расстройств, включая тревожное и депрессивные расстройства (девочки), расстройство поведения или расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, либо предшествует их возникновению (Costello et al, 2003). У детей СДВГ часто переходит в ОВР. Широкий диапазон взаимосвязей между ОВР и другими расстройствами представлен на Рисунке D.2.2.

Получены согласованные данные о том, что ОВР является предвестником возникновения в будущем депрессии (Copeland et al, 2009; Burke et al, 2010; Burke et al, 2005) и тревоги (Maughan et al, 2004). Что более поразительно, Copeland et al (2009) показали, что оппозиционно-вызывающее расстройство в детском возрасте служит прогнозом возникновения юношеской депрессии; именно ОВР, а не расстройство поведения, в подростковом возрасте предшествовало депрессии

Рисунок D.2.2 Взаимоотношения между ОВР и другими расстройствами
(модифицировано от Burke et al, 2005)



и тревожному расстройству в более зрелом возрасте. Взаимосвязь между ОВР и эмоциональными расстройствами особенно сложно объяснить – высказано предположение, что именно аффективные аспекты ОВР отвечают за возникновение в дальнейшем таких эмоциональных расстройств, как тревога и депрессия (Burke et al, 2005; Stringaris & Goodman, 2009b).

Пытаясь объяснить гетерогенность взаимосвязей между ОВР детского возраста и расстройствами у взрослых, Stringaris and Goodman (2009a, 2009b) предположили, что критерии ОВР DSM-IV априори содержат три измерения, описанные как «раздражительность», «своеволие» и «вредное» поведение. Rowe et al (2010) идентифицировали только два измерения – раздражительность и своеволие, тогда как другие авторы предполагают несколько другое разделение симптомов (Burke et al, 2010). Результаты исследований свидетельствуют о том, что «раздражительное» настроение более строго прогнозирует последующее эмоциональное расстройство (Stringaris et al, 2009), тогда как «своеволие» и «вредное» поведение предвещают возникновение проблем с поведением. Клиническую значимость таких взаимосвязей еще необходимо установить (Rowe et al, 2010; Burke et al, 2010; Aebi et al, 2010).

ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

Не смотря на то, что до сих пор не выявлена единственная причина ОВР, обнаружены ряд факторов и маркеров, ассоциированных с оппозиционным поведением.

Генетика

Генетические воздействия в значительной степени способствуют возникновению ОВР, при этом наследуемость превосходит 50%, а генетические факторы, по данным индивидуальных оценок, полученных от родителей, отвечают более чем за 70% изменчивости, (Eaves et al, 1997). В то время как одни авторы высказывают предположение о генетическом сходстве ОВР с расстройством поведения (Eaves et al, 2000), другие исследования указывают на специфическое влияние генов при каждом из этих расстройств (Rowe et al, 2008, Dick et al, 2005). Кроме того, генетические факторы, по-видимому, лежат в основе взаимосвязи между ОВР и СДВГ (Hewitt et al, 1997), а также между ОВР и депрессивным расстройством (Rowe et al, 2008). По результатам близнецовых исследований подростков симптомы раздражительности имеют общие генетические последствия с симптомами депрессии, тогда как симптомы «своеволия/вредности» ОВР разделяют генетические риски с признаками делинквентности (Stringaris et al, 2012).

Взаимодействие ген-среда

Точка зрения, что последствия влияния фактора внешней среды (например, плохого обращения в детстве) на поведение ребенка обусловлены его генотипом, имеет очевидную валидность и биологическую достоверность (Rutter, 2006). В одном из первых исследований в этой области (Caspi et al, 2002) было обнаружено, что влияние плохого обращения с ребенком на его будущее поведение и антисоциальные проблемы опосредовано функциональным полиморфизмом промотора гена, отвечающего за метаболизм нейротрансмиттера моноаминоксидазы А (МАО-А), хотя в нескольких последующих исследованиях не было обнаружено такого взаимодействия. Зброшенные дети с генотипом, который приводит к снижению активности МАО-А, чаще демонстрировали расстройство поведения и антисоциальное поведение по результатам катamnестического наблюдения, чем дети с генотипом высокой активности МАО-А (Caspi et al, 2002). Эта тема будет более подробно обсуждена в главе, посвященной расстройству поведения (Глава D.3)

Возраст начала заболевания

Возраст возникновения антисоциальных симптомов (Moffitt, 1993) является, по-видимому, хорошим прогностическим признаком дальнейшего исхода. Moffitt (1993) в своем исследовании сравнил детей, у которых симптомы впервые возникли в детстве и сохранились в подростковом возрасте (устойчивые с детства симптомы), с теми, у кого симптомы появились лишь в подростковом возрасте. Оказалось, что более неблагоприятные последствия во взрослой жизни были у индивидов с устойчивыми с детства симптомами, по сравнению со здоровыми сверстниками, и с теми, у кого первые симптомы появились в подростковом возрасте (Moffitt, 2003; Moffitt, 2006; Moffitt et al, 2002; Odgers et al, 2007; Farrington et al, 2006). Возраст начала заболевания, как предиктор дальнейшего исхода, также более подробно обсуждается в Главе D.3.

Темперамент

Особенности темперамента, наблюдаемые в дошкольном возрасте, такие как раздражительность, импульсивность и интенсивность реакций на негативные стимулы могут способствовать формированию паттерна оппозиционного и вызывающего поведения. Возможно, что в основе ОВР лежат разные особенности темперамента, чем может объясняться его коморбидность. Stringaris et al (2010) показали, что коморбидность между ОВР и интернализирующими расстройствами более строго ассоциируется с ранней эмоциональностью, тогда как коморбидность между ОВР и СДВГ оказалась в большей степени связанной с повышенной активностью, как свойством характера.

Влияние сверстников

Дети, демонстрирующие оппозиционное поведение, в большей степени склонны к нарушенным или проблематичным взаимоотношениям со сверстниками. Такие дети, как правило, будучи отвергнутыми нормальными сверстниками, стремятся группироваться с другими детьми имеющими проблемы в поведении. Вероятнее всего взаимосвязь между отвержением сверстниками и симптомами ОВР в детском возрасте имеет двустороннюю направленность, как это хорошо продемонстрировали многие исследования, посвященные издевательствам (буллингу) (попытоженные Arseneault et al, 2010).

Черты бесчувственности и черствости

В последние годы концепция психопатии расширилась и охватила молодых людей (Frick et al, 1994), при этом акцент делается на чертах бесчувственности и черствости. Несмотря на то, что не все дети с диагнозом расстройства поведения обладают чертами бесчувственности и черствости (Frick et al, 2000), наличие таких характерных особенностей позволяет выделить подгруппу детей с более серьезными проблемами в поведении. Черты черствости и бесчувственности, по-видимому, наследуемы (Viding et al, 2005) и характеризуются плохим распознаванием эмоций (особенно страха) по выражению лица (Blair et al, 2006; Dadds et al, 2006). Значение черт черствости и бесчувственности обсуждается в Главе D.3.

Район проживания

Окружающая среда ребенка, в более широком понимании, может также быть фактором риска. Нарушение социального поведения последовательно ассоциируется с социальным и экономическим неблагополучием и уровнем насилия в районе проживания (Guerra et al, 1995; Rowe et al, 2002).

Семейные факторы

Значение взаимодействия между генами и факторами окружающей среды на уровне семьи в этиологии проблем с нарушением социального поведения у детей становится все более очевидным (Moffitt, 2005). Результаты исследований приречных детей (O'Connor et al, 1998; Ge et al, 1996) показывают, что дети с высоким генетическим риском антисоциального поведения с большей вероятностью

получают отрицательное воспитание от приемных родителей, чем дети с низким генетическим риском такого поведения. И, наоборот, результаты исследований монозиготных близнецов подтвердили, что влияния семейного уровня в большей степени, чем генетические факторы, способствуют повышению риска экстернализирующих расстройств (Jaffee et al, 2003; Caspi et al, 2004). Другими словами, поведение родителей по отношению к детям может быть настоящим фактором риска окружающей среды.

Модели семейного влияния

Patterson (1982) предложил модель, в соответствии с которой поведение родителей может усугублять негативное поведение детей и в результате, по его определению, приводить к «принудительным семейным процессам». Его работа наглядно продемонстрировала, что родители детей с проблемами нарушения социального поведения с большей вероятностью проявляют непостоянство в применении правил, и дают команды, которые либо маловразумительны, либо являются скорее результатом их собственного текущего эмоционального состояния, а не обусловлены поведением ребенка. Типичный взаимно принудительный процесс запускается, когда кто-либо из родителей неоправданно сурово реагирует на легкое нарушение дисциплины, после чего ребенок может реагировать эскалацией вызывающего поведения. Это в свою очередь приводит к еще более суровой реакции родителей с дальнейшей эскалацией с их стороны. Это может приводить к тому, что родители, в конце концов, отступают, подкрепляя таким образом негативное поведение ребенка. Такое парадоксальное «подкрепление» негативного поведения детей может с одной стороны усиливать и поддерживать оппозиционное поведение, а с другой являться специфической целью терапевтического вмешательства (см. ниже).

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Реально диагностировать оппозиционные проблемы у детей можно, начиная с пятилетнего возраста (Kim-Cohen et al, 2005). Оценить симптомы ОВР и помочь в диагностическом процессе, а также осуществить мониторинг, позволяет широкий диапазон инструментов. Клиницистам необходимо всегда помнить, что диагноз основывается на их суждениях, а также интеграции информации собранной с помощью интервью, клинического обследования, шкал и других средств (см. Таблицу D.2.2).

Эффективно оценить состояние ребенка с ОВР позволяют следующие принципы: а) собрать информацию из как можно большего числа источников (родители, ребенок, учителя); б) диагностировать сопутствующие психические расстройства, особенно СДВГ; в) оценить другие факторы в семье, школе и окружающей среде по месту проживания. Дети с проблемным поведением часто являются выходцами из малоимущей среды. Очень важно выявить факторы (такие как издевательства или девиантное поведение сверстников), которые поддерживают или усиливают оппозиционное поведение. То же самое касается успеваемости в школе: ребенок

D.2.2 Оценочные инструменты, широко используемые для диагностики ОВР (симптомов или расстройства)

Тип	Название	Доступность
Опросники	Опросник детского поведения Эйберга <i>The Eyberg Child Behavior Inventory</i> (ECBI: Eyberg & Ross, 1978; Eyberg & Robinson, 1983)	Можно приобрести у PAR (www4.parinc.com)
	Контрольная таблица детского поведения. <i>The Child Behaviour Checklist</i> (Achenbach & Edelbrock, 1983)	Можно приобрести у ASEBA (www.aseba.com)
	Опросник для оценки детского поведения. <i>The Behaviour Assessment for Children</i> (BASC-2: Reynolds & Kamphaus, 2004)	Можно приобрести у Pearson (www.pearsonassessments.com)
	Опросник детского поведения Коннерса <i>Conners Child Behaviour Checklist</i> (Conners & Barkley, 1985)	Можно приобрести у MHS (www.mhs.com)
	Опросник сильных и слабых способностей ребенка <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ: Goodman, 1997)	Свободно доступен на веб-сайте SDQ (www.sdqinfo.com) на определенных условиях
Полуструктурированные интервью	Психиатрическая оценка детей и подростков <i>The Child and Adolescent Psychiatric Assessment</i> (Angold & Costello, 2000)	Свободно доступно на веб-сайте университета Дьюка (devepi.duhs.duke.edu/capa.html) при условии сохранения авторских прав
Структурированные интервью	Оценка развития и благополучия <i>The Development and Well-Being Assessment</i> (DAWBA: Goodman et al, 2000) сочетает в себе опросники и интервью (с структурированными и полуструктурированными элементами)	Свободно доступен на веб-сайте DAWBA (www.dawba.com) для некоммерческого использования
	Диагностический опросный лист для детей <i>The Diagnostic Interview Schedule for Children</i> (DISC: Shaffer et al, 1993; Schwab-Stone et al, 1993; Shaffer et al, 2000; Shaffer et al, 2004)	Можно заказать, отправив письмо электронной почтой по адресу: disc@worldnet.att.net (комиссия за бумажные копии)
Инструменты для наблюдения	Таблица диагностического наблюдения за нарушенным поведением <i>The Disruptive Behaviour Diagnostic Observation Schedule</i> (Wakschlag et al, 2008b, Wakschlag et al, 2008a)	

с проблемами чтения или гиперактивностью с большей вероятностью манифестирует оппозиционным поведением в школе.

Дифференциальный диагноз

Оппозиционность может наблюдаться при многих расстройствах детского возраста. Клиницистам важно научиться распознавать все случаи, когда такое поведение является проявлением других расстройств. Например, у детей нередко возникают специфические фобии или тревожные расстройства (такие как обсессивно-компульсивное расстройство – ОКР), и тогда они становятся несговорчивыми или ведут себя оппозиционно, особенно в ситуациях, когда они ожидают, что могут столкнуться с пугающими их обстоятельствами. Клиницистам, которые занимаются лечением детей, страдающих ОКР со специфическими ритуалами, хорошо знаком этот феномен. В таких случаях, диагностирование оппозиционно-вызывающего расстройства и неспособность распознать основное тревожное расстройство приводит к неблагоприятному результату. То же самое касается и детей с СДВГ, которые нередко проявляют оппозиционность в своем поведении. На самом деле, именно оппозиционность часто бывает главной причиной направления таких детей к специалисту. Крайне важно клиницистам уметь находить признаки СДВГ, как возможного основного расстройства, даже если родители считают главной проблемой оппозиционность. Похожая ситуация может возникнуть с детьми, страдающими аутизмом, у которых оппозиционность проявляется тогда, когда они сталкиваются с изменением установленного порядка или возникает как следствие повышенной сенсорной чувствительности. Здесь клиницистам также необходимо уметь распознать возможную основную проблему и гарантировать адекватное отношение к таким детям.

ЛЕЧЕНИЕ

К лечению оппозиционных проблем применимы некоторые из общих принципов, которые используются в отношении других психических расстройств. Необходимо идентифицировать сопутствующие расстройства, так как они, по всей вероятности, сами по себе могут нуждаться в лечении. Это особенно справедливо по отношению к СДВГ и, в значительной степени, к детской депрессии и тревоге. Другие, поддающиеся лечению или изменению риски, также должны быть оценены (например, не прекращающиеся издевательства или школьные неудачи, связанные с проблемами обучения), и решение связанных с ними проблем должно стать частью комплекса предложенных семье терапевтических мероприятий.

Клиницисты располагают целым рядом методов лечения, выбор которых зависит от индивидуальных потребностей каждого ребенка и его семьи. Например, поведение, возникающее либо, преимущественно, в домашнем, либо в школьном окружении, лучше поддается лечению, если используются методы, предназначенные для решения проблем, зависящих от контекста. Более глубокие проблемы могут требовать более интенсивной индивидуальной работы (Moffitt & Scott, 2008).

Джеку 7 лет. Его мать считает его «очень трудным» и говорит, что он «всегда» был таким. Он может выйти из себя по, казалось бы, пустяковому поводу, такому как проигрыш в видеоигре, в которую он играет со своим лучшим другом: «он багровеет, впадает в гнев и начинает кричать». Он также часто бывает раздражительным без видимой причины. По описанию матери, если он не хочет что-то делать «он просто не будет этого делать». Он часто отказывался ложиться в кровать; «у нас по этому поводу постоянно возникали крупные ссоры по вечерам». Джек иногда в порыве злости ломал свои игрушки или расшвыривал их по комнате.

Джек не видел своего отца с шестимесячного возраста. Со слов матери, его отец был «злым и агрессивным человеком», часто орал и выходил из себя.

Учитель рассказал, что Джек часто пререкался и отказывался выполнять поручения в классе, а также постоянно раздражал других детей, бросая в них скомканными обрывками бумаги, забирая авторучки или игрушки. Дети из его класса не любили играть с Джеком, что еще больше его злило. В последнее время на игровой площадке над ним издевался и третировал его один из старших школьников. Джек часто по возвращению домой выглядел расстроенным и сердитым.

Мама Джека заявила, что «она уже дошла до предела», и что она все перепробовала «...пыталась призывать к разуму, кричала на него, ничего не помогает – что бы я ни делала, ничего не работает».

Джек и его мама были осмотрены в местном психиатрическом учреждении для детей и подростков. На основании наблюдающихся у Джека симптомов и степени нарушения, ему был поставлен диагноз ОВР. Матери было предложено принять участие в специальной программе для родителей.

Всего через несколько недель посещения курса мама пришла к заключению, что эти занятия помогают ей справиться с проблемным поведением сына. К концу курса лечения у Джека не наблюдалось больше выраженных симптомов ОВР. Его вспышки гнева стали очень редкими, и в целом поведение стало значительно меньше вызывающим. Он и его мама обрели способность получать удовольствие от совместных занятий и игр. Мама Джека сообщает, что сейчас ей намного легче удается замечать хорошие поступки сына и высказывать одобрение.

Программы по обучению родителей детей с проблемным поведением

Тренинг для родителей детей с проблемным поведением, основанный на принципах теории социального обучения, является ключевым элементом в лечении детей с ОВР. В формировании и поддержке оппозиционного поведения главную роль играют проблематичные паттерны взаимоотношений «родители – ребенок», поэтому наиболее эффективными в плане изменения поведения как детей, так и их родителей, оказались подходы, основанные на принципах социального научения, особенно выработка инструментальных условных рефлексов (роль подкрепления / последствий в изменении поведения) (Feldman & Kazdin, 1995). В ходе такого тренинга родителей обучают идентифицировать социально приемлемое и проблемное поведение и использовать техники наказания и подкрепления, направленные на увеличение частоты желательных поступков и снижение частоты нежелательных.

Примеры программ обучения родителей

Некоторые программы, основанные на теории социального научения, оказались весьма эффективными в решении проблем, связанных с рано начинающимся антисоциальным поведением. К ним относятся:

- «Невероятные годы» (англ. – The Incredible Years (Webster-Stratton, 1981))
Одной из наиболее эффективных является разработанная Вебстер-Страттон программа по подготовке родителей (Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, 1982; Webster-Stratton, 1981) и обучению учителей и детей (Webster-Stratton & Hammond, 1997), под названием «Невероятные годы». Скотт с коллегами (Scott and colleagues (2001b)) провели многоцентровое контролируемое исследование групповой версии программы по обучению родителей на выборке из 141 детей (группа детей, в отношении которых было применено вмешательство, n=90; и контрольная группа ожидающих в очереди на лечение, n=51), направленных в многопрофильное психиатрическое учреждение для детей и подростков в связи с антисоциальным поведением. Все участники исследования были включены в «Базовую» программу, основанную на использовании видеозаписей (Webster-Stratton & Hancock, 1998). Программа состояла из 13–16 двухчасовых еженедельных сессий, на которых родителям показывали видеозаписи со сценами, демонстрировавшими правильные и неправильные способы управления детьми. Элементами программы являются: игра, похвала, поощрение, установление правил и ограничений, профилактика проблемного поведения. После просмотра видео родителей поощряли к тому, чтобы они обсуждали поведение их собственных детей и тренировали разные навыки решения связанных с ним проблем. Родителям также предоставлялась возможность в течение недели реализовывать приобретенные навыки в домашних условиях (домашние задания), при этом успехи закреплялись и поддерживались с помощью общения по телефону. Стоимость групповой программы была сравнима со стоимостью индивидуального лечения. Существенное и статистически значимое ослабление антисоциального поведения и проблем с поведением у детей и родителей, по сравнению с контрольной группой, отмечено по таким показателям, как: гиперактивность; количество проблемных поступков в течение дня (по сообщениям родителей); проблемы с поведением и общая девиантность, оцененные с помощью Опросника сильных и слабых способностей ребенка (Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997)); степень выраженности экстернализирующих и общих проблем, оцененных с помощью Опросника детского поведения (Child Behaviour Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983)); проблемы, определенные родителями (как три проблемы, которые им больше всего хотелось бы исправить); и диагноз оппозиционно-вызывающего расстройства по МКБ-10. Поведение родителей также оценивалось, и по результатам исследования у родителей наблюдалось значительно меньше неуместных команд. Были разработаны также две другие программы: «Продвинутая»

– направленная на изменение взаимоотношений между родителями, и «Партнерская» – нацеленная на повышение академической успеваемости ребенка и построение взаимоотношений «родители-учитель». Как оказалось, самые высокие результаты в улучшении поведения были достигнуты при интеграции всех трех программ.

- Тройное П – Программа позитивного воспитания (англ. – Positive Parenting Programme)

Тройное П – научно обоснованная программа по воспитанию и семейной поддержке, разработанная с целью предупреждения и решения проблем с поведением у детей доподросткового возраста путем усовершенствования навыков воспитания и улучшения взаимоотношений между родителями и

детьми. Программа работает на нескольких уровнях: универсальные вмешательства направлены на предоставление информации по проблемам воспитания для заинтересованных родителей; предоставление рекомендаций по специфическим проблемам поведения; короткие программы – консультирование и обучение родителей, как справляться с несложными проблемами; и более интенсивные программы, включающие в себя обучение стратегиям управления настроением, навыкам решения проблем и построения партнерских взаимоотношений, предназначенные для использования при более стойких и глубоких проблемах поведения. Эффективность программы Тройное П подтверждена рядом исследований для широкого диапазона типов семей и в разных культуральных контекстах (Graaf et al, 1998, Bor et al, 2002).

ЦЕЛИ ПРИ РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ОВР (Fraser & Wray, 2008)

Для родителей:

- Усовершенствование навыков позитивного воспитания
- Улучшение навыков решения проблем, разрешения конфликтов и коммуникации

Для детей:

- Выработка навыков эффективной коммуникации, решения проблем и управления гневом

Для семьи

- Семейное консультирование и поддержка в избавлении от стресса во взаимоотношениях и в домашней обстановке

В школе

- Поддержка учителя или школьного консультанта при проведении ими сессий, направленных на выработку социальных навыков улучшения взаимоотношений со сверстниками.

Альтернативные подходы

Были также разработаны стратегии лечения проблем поведения в тех семьях, в которых представленные выше программы оказались неэффективными. Скотт и Дадс

Группа родителей – выпускников программы по обучению родителей в Южной Африке. Источник: Beautifulgate.



(Scott and Dadds (2009)) предложили целый ряд альтернативных способов применения вмешательств, которые позволят воздействовать на факторы, снижают эффективность программ по обучению родителей. Они рекомендуют при разработке стратегий вмешательств принимать в расчет безопасность привязанности и взаимоотношения ребенок-родители, учитывая какое влияние на значение ожидаемого подкрепления или наказания может оказывать нарушение привязанности. Кроме того, они подчеркивают важность факторов более широкого социального контекста, таких как взаимоотношения между родителями, сиблинги, расширенная семья и район проживания. И наконец, они рекомендуют клиницистам более внимательно присматриваться к убеждениям родителей по поводу их ребенка (или аспектов воспитания), которые также могут вмешиваться в процесс лечения.

Вмешательства в условиях школы

Учителей также можно снабдить дополнительными инструментами, способствующими улучшению поведения в школе. В данном случае ключевой является теория социального научения. Moffitt and Scott (2008) выделили четыре основных аспекта функционирования, на которые необходимо направить усилия:

1. Стимуляция соблюдения правил поведения в классе и приемлемого поведения
2. Поддержка формирования навыков решения проблем
3. Предупреждение проблемного поведения
4. Избегание эскалации оппозиционного поведения

Индивидуальная терапия – управление гневом

Имеющиеся на сегодняшний день научные данные свидетельствуют о том, что основанный на принципах КПТ тренинг управления гневом может быть особенно эффективным в лечении агрессивного поведения (Beck & Fernandez, 1998; Lochman et al, 2011). В данном тренинге используется методика выработки навыков преодоления трудностей, включающая подготовку к стрессовой обстановке и состоящая из трех элементов: когнитивная подготовка, приобретение навыков и прикладное обучение (Meichenbaum, 1996). В первой фазе – когнитивной подготовки, тренер работает над установлением взаимоотношений с пациентом. Пациента обучают реконцептуализации стрессоров, как потенциально изменяемых проблем, с которыми можно справиться с помощью стратегий преодоления трудностей. Во второй фазе – приобретения навыков, пациента обучают специфическим стратегиям преодоления трудностей, таким как эмоциональное саморегулирование, принятие, решение проблем и процедуры переключения внимания; способами, которые могут быть применены к специфическим проблемам, переживаемым пациентом и его семьей. В финальной фазе пациента обучают как применять эти стратегии на практике. Стрессоры вводятся постепенно (используя, например, метод ролевых игр) до тех пор, пока пациент не будет способен использовать навыки преодоления трудностей в естественных ситуациях.

Медикаменты

Нет никаких доказательств эффективности медикаментозного лечения ОВР. Известно, что у детей с СДВГ лечение психостимуляторами может улучшать поведение и ослаблять оппозиционные симптомы (NICE, 2008); однако, нет данных, которые поддерживали бы использование психостимуляторов для лечения оппозиционных проблем без СДВГ. Клинические испытания вальпроата натрия (Blader et al, 2009) показали, что у детей с СДВГ этот препарат может быть эффективным в лечении агрессии, которая не реагирует на психостимуляторы. Тем не менее, это были дети, находившиеся на стационарном лечении, и эти результаты не могут быть применены к детям в амбулаторных условиях. Испытания лития у детей с выраженной раздражительностью не привели к положительным результатам (Dickstein et al, 2009). Далеко не ясно влияние рисперидона на проблемы с поведением у детей, страдающих аутизмом (McCracken et al, 2002), и можно ли применять к нормально развивающимся детям результаты, полученные при исследовании детей с нарушением развития. Ингибиторы обратного захвата серотонина иногда применяются для лечения проявлений гнева во взрослой популяции, однако доказательства их эффективности у детей отсутствуют. Значительное увеличение диагностики биполярного расстройства, особенно в США (Blader & Carlson, 2007; Moreno et al, 2007), за последние 10 – 15 лет, ассоциируется с более частым назначением антипсихотических лекарственных препаратов детям (Olfson et al, 2006). Споры возникали из-за того, что типичные для СДВГ симптомы, такие как раздражительность, ошибочно расценивались как признаки биполярного расстройства. Отсутствуют надежные доказательства в пользу такого расширения диагностических границ биполярного расстройства (Leibenluft, 2011; Stringaris, 2011), и, учитывая текущие научные данные, не следует назначать детям с ОВР противоманиакальные препараты (более подробно эта тема обсуждается в Главе Е.3). Благоразумное использование седативных средств или антагонистов дофамина (например, рисперидона) на короткий промежуток времени для специфического контроля над симптомами показано исключительно в экстренных случаях и в индивидуальном порядке. Клиницистам, в случае использования таких медикаментов, следует полностью информировать родителей и детей о причинах их назначения (вместо альтернативных методов), а также о потенциальных побочных эффектах. Ясные цели лечения (т.е. ослабление/изменение конкретного поведения или показателей по оценочным шкалам) с самого начала должны быть согласованы с командой специалистов клиники, пациентами и опекунами. Результаты лечения (и нежелательные эффекты) необходимо внимательно и регулярно оценивать.